

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERIA

**Conocimientos y cuidados en el hogar que brindan las
madres de niños menores de cinco años con infección
respiratoria aguda que acuden al Centro Materno
Infantil José Carlos Mariategui, 2011**

TESIS :

para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR :

María Isabel Rodríguez Yachachín

ASESOR :

Angela Rocío Cornejo Valdivia de Espejo

Lima – Perú

2012

**“CONOCIMIENTOS Y CUIDADOS EN EL HOGAR QUE BRINDAN
LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON
INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA QUE ACUDEN
AL CENTRO MATERNO INFANTIL JOSE
CARLOS MARIATEGUI 2011”**

*A Jehová Dios, a quien le
agradezco por su infinita
bondad amorosa y su
protección.*

*A mis padres, por su ayuda
incondicional y apoyo moral que
me han brindado en todo
momento.*

*A la Dra. Rocío Cornejo por su
valiosa asesoría y disposición
en los momentos solicitados.*

*Al C.M.I. J.C. Mariátegui por las
facilidades que me ha brindado
para realizar el presente
estudio. A las madres por su
valiosa colaboración.*

ÍNDICE

	Pág.
Índice de tablas	i
Índice de gráficos	ii
Resumen	iv
Summary	vi
Presentación	viii
 CAPITULO I: INTRODUCCION	 1
 A. Planteamiento del problema	 1
B. Formulación del problema	4
C. Objetivos	5
D. Justificación	5
E. Propósito	6
F. Marco teórico	6
F.1 Antecedentes	6
F.2 Base teórica	13
1. Situación de salud del niño menor de 5 años en el Perú	13
2. La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)	15
3. Control de infecciones respiratorias agudas	18
4. Infección respiratoria aguda (IRA)	20
5. Aspectos que las madres deben tomar en cuenta para el cuidado en el hogar del niño con IRA	34
6. Rol de la enfermera en el cuidado del niño con infección respiratoria aguda	42
G. Definición operacional de términos	44

CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODO	45
A. Tipo, Nivel y Método de estudio	45
B. Descripción del Área de Estudio	45
C. Población y/o Muestra	46
D. Técnica e Instrumento de recolección de datos	47
E. Plan de recolección, procesamiento y presentación de datos	49
F. Plan de análisis e interpretación de los datos	49
G. Consideraciones Éticas	50
 CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION	 51
A. Presentación de Tablas y/o Gráficas	51
B. Discusión e interpretación de los datos	62
 CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	 67
A. Conclusiones	67
B. Limitaciones	68
C. Recomendaciones	68
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 70
 BIBLIOGRAFIA	 74
 ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 1	51
Edad y frecuencia de eventos de IRA de los niños menores de 5 años en el C.M.I. J.C. Mariátegui Noviembre – Diciembre Lima - Perú 2011	
TABLA N° 2	54
Conocimientos de las madres acerca de la forma de identificación de la fiebre en su niño con IRA en el C.M.I. J.C. Mariátegui Noviembre – Diciembre Lima - Perú 2011	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1.....	52
Conocimientos de las madres acerca de las molestias que identifica cuando su niño presenta IRA en el C.M.I. J.C. Mariátegui Noviembre – Diciembre Lima - Perú 2011	
GRÁFICO N° 2.....	53
Cuidados que brindan en el hogar las madres cuando el niño presenta tos en el C.M.I. J.C. Mariátegui Noviembre – Diciembre Lima - Perú 2011	
GRÁFICO N° 3.....	55
Cuidados que brindan en el hogar las madres cuando el niño presenta fiebre en el C.M.I. J.C. Mariátegui Noviembre – Diciembre Lima - Perú 2011	
GRÁFICO N° 4.....	56
Cuidados que brindan en el hogar las madres para disminuir la mucosidad nasal en su niño en el C.M.I. J.C. Mariátegui Noviembre – Diciembre Lima - Perú 2011	

GRÁFICO N° 5..... 57

Cuidados que brindan en el hogar las madres cuando el niño presenta dificultad respiratoria en el C.M.I. J.C. Mariátegui
Noviembre – Diciembre Lima - Perú 2011

GRÁFICO N° 6..... 58

Cuidados que brindan en el hogar las madres cuando el niño presenta vomito en el C.M.I. J.C. Mariátegui
Noviembre – Diciembre Lima - Perú 2011

GRÁFICO N° 7..... 59

Cuidados que brindan en el hogar las madres cuando el niño con IRA no lacta / no come en el C.M.I. J.C. Mariátegui
Noviembre – Diciembre Lima - Perú 2011

GRÁFICO N° 8..... 60

Cuidados que brindan en el hogar las madres en relación al baño cuando el niño presenta IRA en el C.M.I. J.C. Mariátegui
Noviembre – Diciembre Lima - Perú 2011

RESUMEN

En la actualidad la Infección Respiratoria Aguda (IRA) es una de las causas de morbilidad y mortalidad que afecta principalmente a la población infantil en América Latina. En el Perú, la neumonía es la primera causa de muerte en niños pequeños y ocasiona aproximadamente una tercera parte de las consultas ambulatorias a servicios pediátricos. Una buena proporción de estas muertes se deben a un manejo deficiente, atribuible a la falta de reconocimiento de los primeros signos de neumonía, a la consulta a proveedores inapropiados o a recomendaciones terapéuticas inadecuadas. Es por ello que surgió el presente Proyecto de Investigación que se planteó como objetivo: Determinar los conocimientos y cuidados en el hogar que brindan las madres de niños menores de 5 años con infección respiratoria aguda que acuden al C.M.I. José Carlos Mariátegui. El propósito estuvo orientado hacia la implementación de programas de salud más acordes a la realidad existente de la población, rescatando el valor de sus creencias y patrones culturales, neutralizando aquellas que puedan perjudicar la salud del niño. El presente trabajo es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo y de corte transversal. Se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento una encuesta, el cual fue aplicado a una muestra de 58 madres, concluyendo que la mayoría de madres conocen los síntomas iniciales de la IRA, pero son pocas las

que reconocen los signos de alarma lo que constituye un riesgo a la búsqueda de ayuda médica no oportuna; así mismo la mayoría de las madres realizan cuidados adecuados frente a la sintomatología de la IRA, pero lo que aún es preocupante es que hay madres que realizan cierto cuidados que generan un riesgo para el niño como la aplicación de sustancias mentoladas, suspensión de la alimentación, administración de dosis incorrectas de antipiréticos; un mayor cumplimiento del rol educador de enfermería durante su interacción con la madre de familia podría revertir los hallazgos encontrados en este proyecto.

Palabras claves: *Infección Respiratoria Aguda, conocimientos, cuidados del niño en el hogar. Enfermería.*

SUMARY

At present, acute respiratory infection (ARI) is a cause of morbidity and mortality primarily affecting the child population in Latin America. In Peru, pneumonia is the leading cause of death in young children and causes about one third of outpatient visits to pediatric services. A good proportion of these deaths are due to poor management, attributable to the lack of recognition of early signs of pneumonia, consultation with unsuitable providers, or inappropriate treatment recommendations. That is why we came to this research project that was proposed as objective: To determine knowledge and home care offered by mothers of children under 5 years with ARI attending the WCC José Carlos Mariátegui. The purpose was oriented toward implementing health programs more responsive to realities of the people, recovering the value of their beliefs and cultural patterns, neutralizing those that may harm children's health. This paper is a quantitative, application level, descriptive method and cross section. Was used as the interview technique as a survey instrument, which was applied to a sample of 58 mothers, concluding that most mothers know the early symptoms of IRA, but few recognizing the warning signs of what constitutes a risk to seek medical help is not timely, it is a skill that most mothers do proper care against the symptoms of the IRA, but what is even worrying is that some mothers performing a risk

generating care for the child and the application of substances menthol, suspension feeding, incorrect doses of antipyretics, greater compliance with nursing educator role during their interaction with the mother of a family could reverse the findings found in this project.

Keywords: acute respiratory infection, knowledge, care of children in the home. Nursing.

PRESENTACIÓN

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) constituyen un serio problema de prioridad a nivel mundial, incidiendo en la morbilidad infantil y representando el 40 - 60% de las consultas pediátricas, así como que el número de episodios puede ser entre 2 y 6 crisis anuales; siendo niños de 0 a 5 años los más susceptibles de contraer esta afección por encontrarse en un proceso de crecimiento y desarrollo. ⁽¹⁾

En el Perú, según recientes estadísticas emitidas por el Ministerio de Salud, representan la primera causa de muerte siendo el peligro de muerte más alto en el primer año de vida. Así mismo son la principal causa de consulta de niños menores de 5 años a los servicios de salud del primer nivel de atención, principalmente en los meses de invierno.

El Ministerio de Salud, como consecuencia de las cifras elevadas de morbilidad por afecciones respiratorias, ha formulado estrategias para el control de las infecciones respiratorias agudas, tomando en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, con el objetivo de disminuir los índices de morbilidad infantil, cuyo propósito, es el de proporcionar al personal de salud las

pautas que permitan unificar criterios en las acciones técnicas – administrativas, educativas y de investigación.

Por lo expuesto se ha creído conveniente realizar un proyecto de investigación acerca de “Cuáles son los conocimientos y cuidados en el hogar que brindan las madres de niños menores de cinco años con infección respiratoria aguda, en el C.M.I. J.C. Mariátegui, en el año 2011”, el cual tiene como objetivo general determinar los conocimientos y cuidados en el hogar de las madres de niños menores de 5 años con infección respiratoria aguda, el propósito del estudio está orientado a que enfermería desarrolle activamente sus funciones preventivo promocionales en el área comunitaria, identificando aquellos cuidados que las madres brindan a su niños, el cual les permitirá realizar actividades de educación sanitaria e implementar programas de salud más acordes a la realidad existente.

El presente trabajo consta de cuatro capítulos. El primer capítulo trata sobre EL PROBLEMA, en donde se expone el planteamiento, la formulación del problema, objetivos del proyecto, la justificación, el propósito, el marco teórico, las hipótesis y la definición operacional de términos. El segundo capítulo trata sobre el MATERIAL Y METODOS, en el cual se expone el tipo, nivel y método, descripción del área de estudio, población y muestra, técnica e instrumento, el procedimiento de recolección de datos. En el tercer capítulo comprende la presentación de los RESULTADOS Y DISCUSIÓN; seguido del cuarto capítulo se expone las conclusiones, limitaciones y recomendaciones; finalmente se presentan las Referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

CAPÍTULO I

INTRODUCCION

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) son padecimientos infecciosos de las vías respiratorias que se manifiestan a través de signos y síntomas como fiebre, tos, secreciones, dificultad respiratoria, dolor de garganta, entre otras.

Los datos epidemiológicos a nivel mundial reflejan que las IRA ocupan el primer lugar de demanda de consulta en la población infantil menor de 5 años de edad. Estadísticas difundidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indican que entre el 30 y 60% de las consultas pediátricas son por esta causa y de 30 a 40 % de estos niños son hospitalizados y cerca de 4 millones de niños mueren en continentes en desarrollo como son: Asia, África y América Latina. ⁽¹⁾

En la mayoría de los países del continente Americano, según las estadísticas disponibles, las IRA figuran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad, ya que se ha demostrado que existen 300

mueres por día y 150 000 muertes anuales de menores de 5 años aproximadamente. ⁽¹⁾

En el Perú, constituyen la primera causa de morbimortalidad en la población infantil. Según el Ministerio de Salud, las IRA representan entre el 40 y 60% de las consultas a los servicios de salud y entre el 20 y 40% de las hospitalizaciones pediátricas, muchas de las cuales se asocian a complicaciones posteriores. ⁽²⁾

En los Centros de Salud del país existen un número elevado de consultas pediátricas por este motivo, a donde la madre acude cuando la salud del niño se encuentra muy afectada con el riesgo de sufrir algún tipo de complicación que pueden dejar secuelas o llevarlo a la muerte. Siendo así, que según la base de información estadística con la que cuenta el C.M.I. J.C. Mariátegui del año 2010, se han reportado cerca de 467 casos de IRA en niños menores de cinco años, considerándose el 49% de las consultas por esta causa atendidas por el establecimiento de salud y siendo aproximadamente el 27.5% de las consultas pediátricas; datos similares a los referidos a nivel nacional.

Hoy en día hay pocas medidas eficaces para prevenir las IRA. Entre ellas las inmunizaciones. No obstante, se puede reducir la incidencia de neumonía en el largo plazo si se combaten sus factores de riesgo más importantes: desnutrición, bajo peso al nacer, lactancia artificial, contaminación del aire dentro del hogar, hacinamiento y condiciones de vida precarias. Sin embargo, gran parte de la mortalidad por neumonía se puede prevenir mediante el uso de antibióticos apropiados y la adopción de medidas que generen una búsqueda oportuna de servicios de salud y un mayor acceso a estos servicios.

Según la OMS, el manejo adecuado de los casos es la mejor manera de reducir la mortalidad por IRA, pero debe basarse en un conocimiento profundo de las características sociales, culturales y económicas de la población y de las nociones que tienen los habitantes en torno a las IRA. Como cualquier intervención de salud pública dirigida a conseguir un cambio de comportamiento, todo esfuerzo por modificar el manejo de casos de IRA exige comprender el sistema de atención de salud en el ámbito local.

Por ser la madre quien está en mayor contacto con el niño juega un rol muy importante en su cuidado, el cual debería estar de acuerdo a los conocimientos que posee de la enfermedad, los que pudieron ser adquiridos por transmisiones ancestrales, costumbres del lugar de donde provienen, traduciéndose en diversas prácticas culturales que tienen el propósito de favorecer la salud y terminar o mejorar al niño de la enfermedad; sin embargo, estos cuidados pueden no siempre favorecer, sino mas bien complicar o entorpecer la recuperación del niño.

Se menciona que en el primer nivel de atención, la enfermera cumple una importante función como de brindar educación sanitaria con el fin de crear en la persona una cultura de salud que le permita autocuidarse y cuidar de los suyos, enseñarles a identificar aquellos signos y síntomas de alarma que estarían indicando un problema de salud y cuál debería ser su actuar al presentarse tal situación.

Por tal razón la enfermera cumple un rol muy importante dentro de la problemática de salud puesto que debe contribuir en la disminución de la morbilidad infantil, sobre todo de enfermedades prevalentes

como son las infecciones respiratorias agudas, lo cual implica que es el profesional de salud capacitado para la planificación e implementación del subprograma de control de IRA, que conlleve a realizar actividades de prevención y promoción de la salud, brindando los conocimientos necesarios para la modificación de conductas erradas de la persona en relación al cuidado de su salud y la de su familia y a un tratamiento oportuno y adecuado en el hogar.

Durante la práctica clínica que se realizó en el establecimiento de salud, se observó que a éste llegan madres con niños con IRA, después de haber realizado algunas acciones en su hogar a modo de tratamiento, acorde con sus conocimientos tradicionales, como por ejemplo: hacerles inhalar vapores, darles infusiones de hierba, abundantes líquidos tibios, aplicación de mentolatum en tórax y fosas nasales, administración de antipiréticos, suspensión de la alimentación y/o lactancia, entre otros cuidados.

Frente a esta realidad se plantean diversas interrogantes: ¿Cuáles son los conocimientos de las madres sobre los signos y síntomas de las IRA? ¿Cuáles serán los cuidados que brindan las madres de los niños menores de 5 años cuando ellos presentan IRA?

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

Por lo antes mencionado se puede formular la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los conocimientos y cuidados que brindan en el hogar, las madres de niños menores de cinco años con Infección Respiratoria Aguda, que acuden al Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui 2011?

C. OBJETIVOS:

General:

Determinar los conocimientos y cuidados que brindan en el hogar las madres de niños menores de 5 años con infección respiratoria aguda.

Específicos:

- Identificar los conocimientos de las madres de niños menores de 5 años con infección respiratoria aguda.
- Describir los cuidados que brindan en el hogar las madres de niños menores de 5 años con infección respiratoria aguda.

D. JUSTIFICACIÓN:

Puesto que las infecciones respiratorias agudas constituyen uno de los principales problemas de salud en la población infantil, por sus altas cifras de casos, consecuencias negativas y muerte en este grupo vulnerable; la participación de la madre en el cuidado del niño desde el momento mismo en que se inicia el episodio de IRA se ha convertido en un factor importante para la recuperación o complicación del estado de salud del niño(a); por tal razón se ha considerado de gran relevancia llevar a cabo el estudio en este campo de la salud, puesto que permitirá que el profesional de enfermería se informe de aquello que la madre conoce acerca de los cuidados que ella brinda a su niño cuando se presente un episodio de IRA, a fin de que cada consulta sea una oportunidad aprovechada y concluida con un acto educativo que logre incrementar sus conocimientos y a su vez modificar favorablemente las prácticas de las madres, desarrollando actividades preventivas promocionales que contribuyan en la disminución de la morbimortalidad de las IRA en niños menores de 5 años.

E. PROPÓSITO:

Mediante los resultados que se obtengan mediante la investigación, se espera motivar e incentivar al profesional de enfermería a reorientar su mensaje educativo a la familia, siendo su grupo objetivo las madres, a cerca del cuidado oportuno y adecuado en el hogar cuando el niño presente una infección respiratoria aguda, incrementando sus conocimientos a través de actividades de educación sanitaria e implementando programas de salud más acordes a la realidad existente, rescatando el valor de sus creencias y patrones culturales, neutralizando aquellas que puedan perjudicar la salud del niño; lo que contribuiría a disminuir las complicaciones y la morbilidad en la población infantil por IRA.

F. MARCO TEORICO

F.1. ANTECEDENTES

Sobre el problema a investigar, se han recopilado diversos trabajos de investigación y estudios relacionados, entre los cuales se hallaron tanto nacionales como internacionales.

A nivel nacional, se puede mencionar la investigación realizada por Ramos R. en el año 2008, titulado “**Factores asociados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 3 años de edad en el policlínico Juan José Rodríguez Lazo EsSalud**”, cuyo objetivo general fue determinar los factores de riesgo para el desarrollo de una enfermedad infecciosa aguda en niños de 1 a 3 años de edad, siendo la muestra constituida por 100 madres de niños de 1 a 3 años que acuden a atenderse a los consultorios

externos de pediatría, fue un estudio de tipo cuantitativo descriptivo, en el que se utilizó como técnica a la encuesta y como instrumento de recolección de datos un cuestionario estructurado, llegando a las siguientes conclusiones:

“Respecto a la edad el grupo etéreo más vulnerable a contraer una infección respiratoria aguda son los niños menores de 1 año”.⁽³⁾

“Se encontró asociación perjudicial entre las variables lactancia materna inadecuadas, desnutrición, hacinamiento, fumador pasivo con la presencia de infección respiratoria aguda, considerándose como factores de riesgo”.⁽³⁾

Seleccione esta investigación, puesto que se relaciona con el tema de estudio y porque hace uso del tipo y método de estudio que se aplicó en la presente investigación, así también me dio una noción en cuanto a la estructuración de la base teórica.

Alarcón A., en Perú, en el año 2010, realizó un estudio titulado: **“Conocimientos que poseen las madres de niños menores de 5 años sobre el manejo de las infecciones respiratorias agudas, C.S. Nueva Esperanza, 2010”**, el cual tuvo como objetivo determinar los conocimientos que poseen las madres de niños menores de 5 años sobre el manejo de las IRAS. El método fue descriptivo simple de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 51 madres, la técnica que utilizó fue la entrevista y como instrumento el cuestionario. Las conclusiones fueron entre otras:

“En cuanto a los conocimientos que tienen las madres...sobre el manejo de IRAs, un porcentaje considerable conocen los aspectos relacionados a los signos y síntomas, las señales de peligro y un porcentaje

significativo desconocen la relacionados al motivo de la enfermedad y protección de personas enfermas dentro del hogar”.⁽⁴⁾

“Acerca de los conocimientos que tienen las madres... sobre el tratamiento y complicaciones de las IRAs, un porcentaje relativamente considerable conocen relacionado a donde debe acudir la madre con el niño, tratamiento casero, señales de peligro de las IRAs.”⁽⁴⁾

Otro estudio de investigación realizado en el Perú es el de Gutiérrez V. en el año 2009, titulado **“Creencias de las madres de niños entre 2 y 5 años acerca del tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en el puesto de salud San Antonio – Ate”**, de tipo cualitativo y de método descriptivo, con un enfoque de estudio caso, obtuvo una muestra de 12 madres de niños de entre 2 y 5 años, aplicando para la recolección de datos la técnica de la entrevista a profundidad y como instrumento una guía de entrevista semiestructurada, lo que le permitió formular como consideración final:

“Las madres de familia, en cuanto al tratamiento específico manifiestan que hacen uso de prácticas basadas en sus creencias para tratar las infecciones respiratorias agudas, llegando incluso a ser una de estas creencias perjudiciales para la salud del niño”.⁽⁵⁾

Este estudio fue elegido, pues que a pesar de que este estudio se hizo uso de una diferente metodología, ya que se tomó en consideración durante el proceso de la elaboración de la estructura de la base teórica y a la vez para darle una orientación a las preguntas del instrumento a aplicar.

Otro estudio a nivel nacional es el realizado por Calderón Izaguirre, quien realizó una investigación en el año 2008, titulado

“Nivel de Conocimientos de las madres acerca del asma bronquial en niños preescolares”, este estudio se realizó en el Centro Materno Infantil Tablada de Lurín. Se planteó como objetivo general: Determinar los conocimientos de las madres acerca del asma bronquial en sus niños preescolares. Es una investigación de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, el método que utilizó fue el descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 48 madres de niños en edad preescolar que acudieron al establecimiento, para ello la autora utilizó para la recolección de los datos como técnica la entrevista estructurada y como instrumento el cuestionario. Lo cual le permitió llegar entre ellas, a la siguiente conclusión:

“Hay un alto porcentaje de madres que tienen un nivel de conocimientos medio, pero existe también un porcentaje de la población que no está muy preparada ni debidamente informada sobre el asma bronquial en niños preescolares, lo que pondría en riesgo la salud de estos niños”⁽⁶⁾

Este estudio fue escogido ya que presenta la misma variable de estudio que es conocimiento contribuyendo a la operacionalización de la variable y porque se relaciona con el tema, así también aportó en la estructuración del marco teórico.

A nivel internacional, Proaño y Haro realizaron un estudio de investigación en el año 2010, en el Ecuador un estudio titulado: **“Uso de la medicina ancestral por las madres indígenas en niños menores de cinco años frente a infecciones respiratorias agudas en el hospital asdrubal de la torre”**, cuyo objetivo general fue determinar el efecto que causa el uso de la medicina ancestral de las madres indígenas en las infecciones respiratorias de los niños menores de cinco años, una investigación de tipo cualitativo –

cuantitativo, descriptivo, tomando como muestra a 100 madres, utilizó como técnica la entrevista para la recolección de los datos, concluyendo:

“Las mujeres indígenas si desconocen en su mayoría sobre la medicina ancestral”.⁽⁷⁾

“Las mujeres indígenas en su mayoría ponen en práctica los pocos conocimientos que tienen sobre la utilización de medicina ancestral en las infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años”.⁽⁷⁾

“Hace falta más trabajar en la concienciación de la importancia de la medicina occidental y que ésta si puede ser combinada con la medicina ancestral para el tratamiento de enfermedades respiratorias”.⁽⁷⁾

Se puede mencionar a Moreno R. quien realizó un estudio en el período de Septiembre del 2006 a Febrero del 2007, en Cuba, titulado **“Comportamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 5 años de edad, del Consultorio Médico Popular Sector 4 Caña de Azúcar, del Municipio Mario Briceño Iragorry”**, cuyo objetivo general fue describir el comportamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 5 años de edad, tomando como muestra a 359 niños menores de 5 años, una investigación de tipo epidemiológico observacional, descriptivo, transversal, utilizó como técnica la entrevista para la recolección de datos, lo que le permitió concluir:

“La Lactancia Materna inadecuada fue uno de los factores de riesgos más importantes”.⁽⁸⁾

“La forma clínica de presentación más frecuente fue la rinofaringitis catarral aguda y la mayoría de los niños no presentaron patologías crónicas asociadas”.⁽⁸⁾

“La mayoría de los menores a las 72 horas evolucionaron favorablemente, siendo la neumonía la complicación más frecuente”.⁽⁸⁾

Así también Sáenz, en Guatemala realizó una investigación en el año 1994 titulado **“Manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en una comunidad Kaqchiquel de Guatemala”**, cuyos objetivos fueron determinar el manejo popular de las IRA en San Juan Comalapa y averiguar cómo son clasificadas por las madres de esas localidades, que síntomas propician la búsqueda inmediata de atención médica, que recursos de salud se usan y que factores determinan el uso de los mismos; es un estudio de tipo cualitativo, se obtuvo una muestra de 32 madres, la recolección de datos se llevo a cabo en octubre y noviembre de 1994, a través de la aplicación de la técnica de la entrevista y de instrumento una encuesta, llegando a las siguientes consideraciones finales:

“Las madres sabían reconocer la presencia de respiración rápida, pero no de tiraje respiratorio (dos signos importantes de neumonía)... buscaban atención pero la búsqueda raras veces era oportuna debido a la poca accesibilidad de los servicios y a la subestimación de la gravedad de los síntomas”.⁽⁹⁾

Esta investigación a pesar de tener otro enfoque metodológico, me ha permitido orientar las preguntas de mi instrumento así como en la estructuración de la base teórica.

Pérez T. en Cuba el año 2005, titulado **“Factores de riesgo en las infecciones respiratorias agudas. La Matica. Guaicaipuro”**, cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en el área de Salud Integral Comunitaria El Terminal, es un estudio analítico,

retrospectivo de casos y controles, la muestra estuvo conformado por 872 niños que presentaron 5 o más episodios de IRA durante el año 2005, se aplicó una encuesta para la recolección de datos; concluyendo:

“Existe una asociación entre lactancia materna inadecuada, desnutrición, hacinamiento, fumador pasivo, enfermedad asociada, considerándolas como factor de riesgo”.⁽¹⁰⁾

“La gran mayoría de la población... padeció de infección respiratoria aguda en los primeros 2 años de vida”.⁽¹⁰⁾

Otro estudio de investigación realizado en el extranjero por Romero y Bernal, en México, en el año 2000 titulado **“Creencias sobre IRA en niños menores de 5 años”**, estudio etnográfico en dos comunidades indígenas del estado de Oaxaca – México, cuyo objetivo fue conocer cómo las madres de dos comunidades indígenas de diferentes regiones del estado de Oaxaca perciben e identifican a las infecciones respiratorias agudas y a qué prácticas médicas recurren, tomando como muestra a madres de dos comunidades diferentes de Oaxaca cuyos niños sean menores de 5 años y que tengan algún antecedente o que presenten algún cuadro de infección respiratoria aguda en el último año; el instrumento que emplearon fue la entrevista a profundidad, mediante la cual pudieron concluir:

“El desconocimiento de las percepciones maternas del proceso salud-enfermedad-atención de las infecciones respiratorias agudas, puede hacer que las actividades de capacitación, para su prevención y control... les resulten ajenas, contribuyendo a mantener la morbilidad y mortalidad en sus comunidades”.⁽¹¹⁾

“El hecho de que las madres de las comunidades estudiadas tengan un conocimiento limitado sobre las IRA, podría explicarse en parte porque no hay una adecuada

capacitación en salud para estos grupos, tomando como obstáculo el lenguaje y la cultura...”⁽¹¹⁾

Mediante este estudio, puede orientar el propósito de mi investigación.

F.2. BASE TEORICA

1. Situación de salud del niño menor de 5 años

La población total peruana según el último censo realizado el año 2007 esta constituido por 28 millones 348 mil 700 personas, del cual el 12,7% (3,585,977) son niños y niñas menores de 5 años de edad.⁽¹²⁾

Según las últimas estadísticas en el Perú, nacen anualmente 628 mil niños, de los cuales, más de 20 mil mueren antes de cumplir el primer año de vida. Se menciona que la tasa de mortalidad infantil a nivel nacional es de 33 por cada mil nacidos vivos⁽³⁴⁾, sin embargo, la realidad para las diferentes localidades de nuestro país es aún mucho más alarmante.

Además las condiciones de salud de la madre también están directamente relacionadas con los niveles de supervivencia de un recién nacido. Un mal estado nutricional de la madre, así como la baja cobertura de los servicios de salud afectan significativamente los indicadores.⁽¹⁴⁾ Y lo que aún es más alarmante son que un 60 % de niños menores de 5 años se encuentran en situación de pobreza y un 27% en situación de pobreza extrema.⁽¹²⁾

Según la última encuesta nacional demográfica y de salud familiar (ENDES) se ha visualizado que el índice de mortalidad en niños menores de cinco años, ha ido disminuyendo en los últimos años, tal es así que para el año 2007 se identificó 25 muertes por cada mil nacidos vivos a diferencia de lo encontrado en el año 2000 en el que la tasa de mortalidad ascendía hasta los 47 muertes de niños menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos. ⁽¹³⁾

A pesar de ese gran avance en la reducción de las tasas de morbilidad infantil, se conoce que en el Perú existen 14 regiones con tasas superiores de mortalidad infantil al valor nacional (33,6 por mil nacidos vivos); a diferencia de Lima que presenta una tasa de 18,3 por cada mil nacidos vivos. ⁽¹⁴⁾ Esta diferencia considerable de cifras puede ser el resultado de la condición socioeconómica y climatológicas en la que viven, así como la desnutrición y múltiples factores que afectan la salud de los niños.

Por último se conoce que las primeras causas de demanda de consulta externa en el período infantil, corresponde según orden de frecuencia: las enfermedades de vías respiratorias, las enfermedades infecciosas intestinales, enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo entre otras. ⁽¹²⁾ Como se puede observar son varias las enfermedades que pueden aquejar a este grupo poblacional, que en su mayoría se pueden prevenir, así como identificar oportunamente los signos de alarma en el niño y ser tratados precozmente a fin de evitar una mayor complicación. En todo este proceso mencionado desde la prevención hasta el tratamiento de un

episodio de IRA, se ve involucrado de manera directa la participación de las madres, pues son ellas quienes generalmente tienen a su cuidado a sus niños.

2. La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)

De acuerdo a los datos estadísticos existentes, puede afirmarse que las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) es una de las tres primeras causas de muerte en la mayoría de países en desarrollo. Es por ello que varias entidades y organizaciones han visto la necesidad de mejorar las medidas de control a fin de lograr modificar la situación de la prevalencia de estas afecciones respiratorias a nivel mundial, por tal razón organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), a unido esfuerzos en cuanto a la elaboración e implementación de una estrategia denominada Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).⁽¹⁵⁾

AIEPI fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez. Enfoca la atención de los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. De este modo, reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres y para el personal de salud, con el consiguiente riesgo de agravarse y de presentar complicaciones.⁽¹⁵⁾

En esta estrategia se incorpora, además, un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención. Así contribuye, entre otros beneficios, a aumentar la cobertura de vacunación y a **mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar**, de forma de contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables.

La implementación de AIEPI contempla la participación tanto de los servicios de salud como de la comunidad y la familia, y se lleva a cabo por medio de tres componentes. ⁽¹⁵⁾

- a. Mejorar el desempeño del personal de salud para la atención de los menores de cinco años y sus familias (componente de personal de salud) - Utiliza:
 - Cuadros para la evaluación, clasificación y tratamiento de los menores de cinco años y materiales de capacitación sobre los cuadros.
 - Guías para el seguimiento del personal de salud para apoyarlo en la efectiva aplicación de la estrategia AIEPI.
 - Materiales de capacitación para mejorar la comunicación con los padres durante la evaluación de sus hijos, para brindar las indicaciones de tratamiento de los problemas, y para promover prácticas de crecimiento y desarrollo saludables.
- b. Mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud para brindar una atención eficiente y de calidad adecuada (componente de servicios de salud) - Se vale de:

- Guías para la evaluación de la atención de menores de cinco años en servicios de salud del primer nivel y en hospitales de referencia.
 - Materiales de capacitación para la elaboración de planes locales para implementación, seguimiento y evaluación de AIEPI.
 - Curso de capacitación para mejorar la disponibilidad de suministros y medicamentos para la aplicación de AIEPI.
 - Protocolos de investigación epidemiológica y operativa sobre AIEPI.
 - Guías para la evaluación de resultados de la aplicación de AIEPI.
- c. Mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias para el cuidado y atención de las niñas y niños en el hogar (componente comunitario) - Implementa:
- Dieciséis prácticas familiares clave para el crecimiento y desarrollo saludables.
 - Guía para el desarrollo de proyectos comunitarios AIEPI.
 - Guías para la evaluación de la atención de menores de cinco años en servicios de salud del primer nivel y en hospitales de referencia.

Por lo expuesto anteriormente esta estrategia se ha elaborado con fines preventivos promocionales, para brindar una atención de calidad a la población pediátrica mediante la mejora de la capacidad del personal de salud.

3. Control de infecciones respiratorias agudas

Las actividades de control de las IRA en los niños están destinadas a dar una respuesta completa a la problemática de estas enfermedades en la infancia contribuyendo a la reducción del número de muertes infantiles y al mejoramiento de la salud del niño a través de la atención adecuada de los episodios tanto a nivel de los servicios de salud como del hogar. ⁽¹⁶⁾

Objetivos y estrategias para el control de las IRA propuestas por la OPS y OMS. ^{(15) (16)}

Objetivos:

- Reducir la mortalidad debida a neumonía en los niños menores de 5 años en los países en desarrollo de la Región de las Américas.
- Reducir el uso inadecuado de antibióticos y otros medicamentos (tales como jarabes para la tos y el resfrío) en el tratamiento de los casos de IRA en los niños menores de 5 años.
- Reducir la incidencia de casos graves de infecciones de las vías respiratorias inferiores.

Estrategias

La OPS y OMS han propuesto una estrategia principal para el logro de los objetivos anteriores: El Manejo Estándar de Casos (MEC) de IRA. ⁽¹⁷⁾

La estrategia de MEC-IRA incluye distintos componentes destinados a ser aplicados por el personal de salud y componentes para ser aplicados por los padres o los responsables del cuidado de niños menores de 5 años.

Consiste en un conjunto de criterios de evaluación, clasificación y tratamiento de los casos de IRA que permite:

- Identificar precozmente signos sencillos de alarma en un niño con IRA, que pueden ser observados a nivel de la comunidad y ante cuya aparición debe llevarse al niño para ser visto por un personal de salud.
- Identificar signos precoces de gravedad que indican que el niño debe ser atendido en un Hospital.
- Identificar signos que indican que el niño debe recibir tratamiento con antibióticos en forma ambulatoria.
- Identificar signos que indican que el niño debe ser tratado en forma ambulatoria sin antibióticos.
- Asesorar y educar a las madres y otros responsables del cuidado de los niños en el hogar sobre las medidas recomendadas para la atención durante la enfermedad y una vez pasada ésta.

La estrategia fue elaborada en base a la última información científica disponible al respecto del valor predictivo de los diferentes signos y síntomas que aparecen en un niño con IRA de manera que la clasificación tenga la mejor relación sensibilidad/especificidad y aplicada en los servicios de salud del primer nivel de atención tiene una eficacia estimada de un 50% en la reducción de la mortalidad por neumonía y de un 40% en la

reducción de la mortalidad por infecciones respiratorias agudas.

(17) (18)

4. Infección Respiratoria Aguda

4.1. Definición:

La infección respiratoria aguda es el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con un período inferior a 15 días, con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como: tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre.

Según Alva Diaz:

“La infección respiratoria aguda (IRA) comprende un complejo y heterogéneo grupo de enfermedades del aparato respiratorio de curso rápido (duración de mayor de 2 semanas) y provocado generalmente por un microorganismo.” ⁽²⁰⁾

4.2. Etiología y fisiopatología:

Los agentes patógenos varían con la edad, el estado inmunitario y el medio ambiente en donde habita el niño. Según la Organización Mundial de la Salud un niño comúnmente presenta de 4 a 9 episodios de gripa en el año que suelen ser leves y autolimitantes. La gran mayoría de los casos de IRA en todas las edades de la infancia son de origen vírico y son causados principalmente por los rinovirus, el virus sincitial respiratorio, el virus de la parainfluenza y los adenovirus que, en general, se

presentan clínicamente como síndromes más o menos característicos.

Los gérmenes gramnegativos suelen ser los causantes de la mayoría de neumonías del recién nacido y en los niños entre el mes de vida y los cinco años los causantes mayores de neumonías bacterianas son *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenza* y *Staphylococcus aureus* colonizan tempranamente las vías aéreas superiores de los lactantes y niños, especialmente en países no desarrollados.⁽²³⁾

Generalmente en los menores de 5 años, el 95% de los casos de IRA son de origen viral. A las complicaciones de otitis media y neumonía se agrega la etiología bacteriana.

En relación a la fisiopatología de las infecciones respiratorias agudas se dice que el período de incubación de las IRA es corto, de 1 a 3 días. Esto se debe principalmente a que el órgano blanco de la infección es la misma mucosa respiratoria que sirvió como puerta de entrada. El contagio se realiza por vía aérea, a través de gotas de flugger o por vía directa a través de objetos contaminados con secreciones. La infección se propaga por vecindad en la vía respiratoria hacia las regiones colindantes, sin necesidad de pasar a través de la sangre. La replicación viral en una puerta de entrada abierta hacia el exterior explicaría su alta contagiosidad.

Las acciones mecánicas están representadas por el reflejo tusígeno y el aparato mucociliar, que mediante el mecanismo de barrido expulsan el moco.

Las acciones inmunológicas se manifiestan por la fagocitosis de las bacterias y los virus por los macrófagos alveolares, complementada

por la actividad de los granulocitos y polimorfonucleares, el sistema de complemento y la inmunidad específica humoral y celular.

Estos mecanismos naturales de defensa pueden ser alterados sobretudo en los niños menores de 5 años, por los virus respiratorios que destruyen los cilios y alteran el código genético, disminuyendo su movilidad y la efectividad de la limpieza. Como consecuencia de esto, se incrementa la cantidad de bacterias que superan la capacidad de los macrófagos alveolares favoreciendo la invasión.

Según Castro Caballero, la fisiopatología de la IRA consiste en lo siguiente:

“La infección pulmonar sucede cuando uno o varios de los medios de defensa son sobrepasados o vencidos y los gérmenes alcanzan las vías aéreas periféricas o alveolos, a partir de un inóculo, la mayoría de las veces inhalado o en otras ocasiones aspirado o proveniente de la circulación, que produce inflamación de los bronquios, bronquiolos y alveolos, con infiltración de leucocitos y fagocitos de restos celulares por los macrofagos. Este proceso inflamatorio puede circunscribirse a un segmento o lóbulo o extenderse a otras partes del pulmón, a la pleura o a las estructuras extrapulmonares. En cuanto avanza el proceso inflamatorio se va comprometiendo la funcionalidad respiratoria al alterarse la relación de ventilación/perfusión, fenómeno que se traduce en hipoxia y aumento del trabajo respiratorio y cardiaco”.⁽²³⁾

4.3. Aspectos epidemiológicos

En el Perú, casi el 20% de los niños menores de cinco años para el año 2000 presentaron síntomas de infección respiratoria aguda,⁽²²⁾ lo que podría interpretarse que este grupo poblacional se

encuentra en un riesgo inminente al padecimiento de episodios de IRA.

Durante el año 1998 el Ministerio de Salud mediante el Subprograma CIRA, registró 1'901,943 casos de I.R.A., de los cuales 149,066 (7.84%) casos fueron Neumonías. Del total de casos de Neumonía 39,295 (26.36 %) se consideraron graves y muy graves (captados tardíamente), y en relación a los no graves se estimaron 109,771 (73.64 %). ⁽¹⁵⁾

El MINSA, para el año 2001, encontró que uno de cada 5 niños menores de 5 años presento síntomas de IRA (tos y respiración rápida). Solo el 58% de estos fueron llevados a un servicio de salud. En la zona urbana se evidencia que tan solo el 50.8% de los niños acudieron a un proveedor de salud, además afirma que la principal causa de mortalidad y morbilidad en estos niños son las infecciones respiratorias agudas. ⁽¹³⁾

En comparación a lo encontrado según las estadísticas de la ENDES en los años 2004 – 2005, el 18% de los niños menores de 5 años han presentado IRA, cifras que aparentemente han disminuido en cierto grado pero que aún continúan siendo muy elevados, razón por la cual el MINSA ha desarrollado normas para su prevención y tratamiento tomando en cuenta las recomendaciones de la OMS. ⁽²²⁾

4.4. Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo asociados a la Infección Respiratoria Aguda, pueden mencionarse:

a) Factores nutricionales:

- La alimentación: Influye de manera significativa en la incidencia de la IRA en la población infantil.

Pues se conoce que los niños en un estado de malnutrición son los más susceptibles a diversos tipos de infección, particularmente a las infecciones respiratorias; esto se debe generalmente a que el parénquima pulmonar sufre un proceso de adelgazamiento facilitando así la entrada de bacterias, como también debilita el sistema inmunitario del niño, agregándose un déficit tanto en su crecimiento y como en su desarrollo.

Además el grado de malnutrición se comporta como un factor determinante para la duración media de las infecciones y las complicaciones de las mismas en este grupo poblacional.

- La lactancia materna exclusiva: Está demostrado que los componentes de la leche materna tiene propiedades anti infecciosas e inmunitarias que protegen contra al lactante de un episodio de IRA.

Niños que han sido alimentados con lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de nacido presentan un mejor estado nutricional, lo cual contribuye a la reducción de la incidencia y gravedad de las infecciones respiratorias.

b) Factor climático e incidencia estacional

Existe cierta relación en cuanto a la aparición de las IRA y las variaciones climáticas, debido a los cambios bruscos de temperatura ambiental, por lo que gran parte de la población prefiere evitar corrientes de aire y disminuye la ventilación de su

vivienda durante periodos de humedad y frio, aumentando así la incidencia de niños con infecciones respiratorias.

Además es evidente que en temporadas de invierno o temperaturas bajas, se reportan un mayor número de casos aumentando considerablemente los índices de morbimortalidad por esta causa en niños menores de 5 años.

c) Factores ambientales

Los que se asocian con mayor frecuencia a la parición de las IRA son: el hacinamiento, la contaminación doméstica y la contaminación ambiental por tabaco.

En relación al hacinamiento en el hogar, varias de las investigaciones citadas anteriormente han demostrado que es un factor que influye directamente en la incidencia de IRA, ya que a mayor número de personas por dormitorio, mayor es el riesgo de contagio a través de las gotitas de flugge expulsados al hablar, respirar o toser, pues los adultos pueden tener alojados en las vías respiratorias microorganismos que pueden ser trasmitidos a los niños.

La contaminación doméstica puede producirse por el uso de combustibles orgánicos e inorgánicos como el kerosene, madera y desechos agrícolas como fuente de energía para cocinar y generar calor, produciéndose sustancias toxicas e irritantes para las membranas respiratorias que al ser inhalados producen una disminución del reflejo mucociliar y/o tusígeno.

La contaminación ambiental por tabaco coloca al niño en una situación de fumador pasivo, comprometiéndose su función respiratoria y por lo general son en ellos en quienes aparece de forma más frecuente los episodios de IRA, situación que se agrava cuando ambos progenitores del niño tiene el hábito de fumar cuando el niño se encuentra presente.

d) Factores socioeconómicos

Este factor se evidencia por la amplia diferencia entre países. Aunque los niños menores de 5 años de todo el mundo presentan aproximadamente el mismo número de episodios de Ira, la incidencia anual de neumonías es menor en los países desarrollados y significativamente mayor en países en vía de desarrollo. Además la incidencia en IRA varía marcadamente entre los niños provenientes de zonas urbanas y rurales. Esto puede deberse a la aglomeración de ciudades propiciando el hacinamiento, que es uno de los factores importantes para la aparición de IRA en los niños. Así también la IRA se presenta en niños de clases sociales pobres, en donde las condiciones de vivienda son precarias, el ingreso familiar es mínimo, lo que no permite satisfacer las necesidades básicas de la familia, invirtiendo muy poco en el control de la salud de sus miembros, así como la posibilidad de acceder a los servicios de salud.

e) Factores socioculturales

Cuando los miembros de una familia tienen un mayor grado de instrucción, se preocupan con mayor frecuencia ante síntomas iniciales de la enfermedad acudiendo a

establecimientos de salud de manera oportunamente; es cierto que este factor influye en la conducta de la persona sobre su cuidado y de quienes están a su cargo, así también influye la cultura que se refleja en las diversas prácticas que podrían ser negativas o perjudiciales que a la larga compliquen la situación del niño, por lo cual es preciso comprender el contexto social y cultural de las familias.

f) Factores individuales

Estos factores hacen mención de las condiciones propias del niño, como:

- La edad, ya que la frecuencia y gravedad son mayores en los menores de un año, y especialmente en los menores de dos meses de edad.
- El bajo peso al nacer
- Infecciones previas que comprometen el estado inmunitario del niño.
- Esquema incompleto de vacunas, siendo esta última responsabilidad de los padres del niño así como de los profesionales de la salud.

4.5. Clasificación

Para la clasificación de la IRA, se ha considerado la edad del niño, es así que:

Niños menores de 2 meses

Se puede hacer mención de tres posibles clasificaciones en este grupo:

- a) Enfermedad muy grave: Como el recién nacido en muchas oportunidades delimita mal sus procesos infecciosos o los generaliza rápidamente, es posible que en este grupo entren niños incluso con meningitis, pero para efectos de manejo y de atención inmediata del paciente, se necesita fundamentalmente remitirlo rápidamente al paciente al hospital.
- b) Neumonía grave: El lactante requiere hospitalización inmediata y manejo con antibióticos y otras medidas de apoyo.
- c) Resfrió común (no tiene neumonía): El paciente puede ser cuidado en casa, indicándole a la madre la necesidad de abrigarle sin exceso, amamantarlo con frecuencia y mantenerle permeable la nariz con solución salina y dándole instrucciones sobre la necesidad de regresar de inmediato si el niño presenta algún signo de alarma, como respiración rápida o con dificultad, dificultad para alimentarlo o cualquier otro síntoma de empeoramiento de su estado. ⁽²³⁾

Niños de 2 meses y los 4 años:

En este grupo, existen 4 clasificaciones:

- a) Enfermedad muy grave: Se clasificará en esta categoría a los niños que presenten signos de peligro como incapacidad para beber, convulsiones, somnolencia anormal o dificultad para despertar, estridor o desnutrición grave. Con cualquiera de estos datos, el niño queda clasificado como enfermedad muy grave. En estas circunstancias, no es tan importante determinar la causa exacta de la enfermedad grave (al menos inicialmente), sino que el niño sea remitido con urgencia a un

hospital, para ser tratado de inmediato ya que se encuentra en peligro de muerte. Si las condiciones lo imponen y lo permite, debe administrarse una primera dosis de antibiótico, tomándose como una acción de emergencia.

b) Neumonía grave: En caso de que el niño sea clasificado en esta categoría, se remite con urgencia al hospital a fin de asegurar un tratamiento adecuado. Si es necesario y posible, se administra una primera dosis de antibiótico.

c) Neumonía no grave: Si el paciente no tiene signos de peligro ni tiraje subcostal, pero tiene respiración rápida, puede estar padeciendo de una neumonía. Como se señaló antes.

Se debe instruir a la madre sobre la administración del antibiótico y sobre el regreso a una visita de control en 48 horas o antes si el niño empeora. En la casa, la madre aplicará adicionalmente las medidas de apoyo.

d) No es neumonía (tos o resfriado): Este grupo de pacientes no requiere antibióticos, pero sí de atención en su casa, facilitada por medio de instrucciones a la madre acerca de los signos de neumonía o de peligro e indicaciones acerca de la necesidad de regresar a control si el niño evoluciona desfavorablemente.

(23)

4.6. Cuadro clínico

Las infecciones respiratorias se van a manifestar por uno o más de los siguientes signos o síntomas que nos va a permitir

clasificar al niño por edades y según su sintomatología para luego brindar el tratamiento requerido:

En niños menores de 2 meses

a) Enfermedad muy grave: Sus signos son dejar de alimentarse, convulsiones, somnolencia anormal, dificultades para despertar, estridor en reposo, sibilancia y fiebre o temperatura baja.

b) Neumonía grave: El niño presenta tiraje grave o respiración rápida sostenida de más de 60 por minuto.

Se estima que el niño puede tener una neumonía grave si presenta tiraje subcostal, ya que éste implica intenso compromiso del parénquima pulmonar además de considerársela mejor manifestación clínica predictiva de neumonía grave. Obviamente puede haber otros signos de gravedad tales como cianosis, quejido y aleteo nasal, pero estos pueden ser variables.

c) Resfrió común (no tiene neumonía): El niño no presenta ni tiraje grave ni elevación de la frecuencia respiratoria (menos de 60/minutos).⁽²³⁾

Niños de 2 meses y los 4 años:

En este grupo hay 4 clasificaciones:

a) Enfermedad muy grave: el niño presenta signos de peligro como incapacidad para beber, convulsiones, somnolencia

anormal o dificultad para despertar, estridor o desnutrición grave.

b) Neumonía grave: En caso de que el niño sea clasificado en esta categoría, se remite con urgencia al hospital a fin de asegurar un tratamiento adecuado. Si es necesario y posible, se administra una primera dosis de antibiótico.

c) Neumonía no grave: El niño con esta patología presenta respiración rápida pero sin tiraje, es decir la frecuencia respiratoria del niño es mayor de la esperada para su edad, por ejemplo ≥ 50 veces por minuto si tiene de 2 a 11 meses, o ≥ 40 veces por minuto si tiene de 1 a 5 años.

d) No es neumonía (tos o resfriado): La mayoría de niños con IRA no presenta los signos de peligro mencionados, como tampoco tiraje subcostal ni frecuencia respiratoria elevada; es decir, no encajan dentro de las anteriores clasificaciones porque lo que tienen es simplemente un resfriado común. ⁽²²⁾

4.7. Tratamiento

Para el tratamiento de las IRA, se cuenta con tres planes generales de tratamiento según el MINSA:

Plan A

Tratamiento para niños con IRA sin neumonía, que consiste en:

- Incrementar la ingesta de líquidos.
- Mantener la alimentación habitual, aumentar la frecuencia de la alimentación en menor cantidad.

- No suspender la lactancia del seno materno.
- Si hay otorrea: limpieza del conducto auditivo externo con mechas de gasa o tela absorbente, tres veces al día. No aplicar gotas óticas.
- Control del dolor y del malestar general, con: Acetaminofén 60 mg/kg./día por vía oral, divididos en cuatro a seis tomas. No usar ácidos acetil salicílico o vasoconstrictores nasales.
- Control de la temperatura con medios físicos cuando es menor de 38° C.
- No aplicar supositorios para la fiebre, en menores de un año.
- No utilizar antitusivos o antihistamínicos.
- Si existen factores de un mal pronóstico, revalorar en 48 horas al niño enfermo.
- Instruir a la madre en el reconocimiento de los signos de alarma.
- Revisar la Cartilla Nacional de Vacunación y aplicar las dosis faltantes en el caso que el niño manifestara signos de recuperación.
- Evaluar el estado nutricional, registrar peso y talla, Cartilla Nacional de Vacunación.

Este plan A es aplicable a aquellos niños que presenten un resfriado común que básicamente es un tratamiento de sostén a fin de evitar que el niño presente mayores complicaciones, el cual puede ser administrado en casa por la persona que está a cargo del niño, por lo cual la enfermera debe educar al familiar sobre estos cuidados en el hogar. ⁽²⁴⁾

Plan B

Tratamiento de neumonía leve, sin factores de mal pronóstico, el cual consiste en lo siguiente:

- Tratamiento ambulatorio (no hospitalizar).
- Antibiótico: trimetoprim con sulfametoxazol 8/40 mg/kg/día, dividido en 2 tomas, cada 12 horas, 7 días V.O. o bencil penicilina procainica 400 000 UI, cada 24 horas, por 7 días.
- Incrementar ingesta de líquidos.
- Alimentación habitual, en pequeñas fracciones, más veces al día.
- Control de la temperatura con medios físicos cuando es menor de 38° C. Se administrará acetaminofén 10 -15 mg/kg/día V.O. dividido cada 6 horas sin pasar de 5 dosis al día cuando la temperatura es mayor de 38° C.
- En caso de sibilancias: salbutamol jarabe 0.2-0.3 mg/kg/día en tres tomas, V.O. En el menor de un año, valorar la respuesta en una a dos horas. Si es positiva, continuar con salbutamol; si es negativa, suspender. En mayores de un año continuar.
- Educar a la madre para que sea capaz de reconocer los signos de alarma.
Si identifica alguno de los signos indicarle que acuda de inmediato a la unidad de salud.
- Revalorar en 24 horas, o antes si el paciente se agrava. El uso indiscriminado e indebido de antibióticos favorece la resistencia bacteriana y un mayor gasto económico.

El plan B consiste básicamente en el tratamiento que se le debe brindar al niño con diagnóstico de neumonía leve, el cual será administrado en el establecimiento de salud pero que no

requiere la hospitalización del niño, por lo que requiere una evaluación clínica completa por el personal competente. ⁽²²⁾ ⁽²⁵⁾

Plan C

Tratamiento de neumonía grave o leve, con factores de mal pronóstico.

- Envío inmediato al hospital más cercano donde se instalará el tratamiento adecuado.
- Traslado con oxígeno si es necesario (4 a 6 litros por minuto).

El plan C hace referencia al tratamiento que se le brindará al paciente con neumonía grave y en alguno de los casos a niños con neumonía leve, quien por su estado delicado tendrá la urgencia de hospitalizarse lo más pronto posible. ⁽²⁵⁾

5. Aspectos que las madres deben tomar en cuenta para el cuidado en el hogar del niño con IRA

5.1. Signos de alarma que se tienen que identificar en el hogar

La madre por ser la persona quien se encuentra la mayor parte del tiempo con el niño, es quien puede fácilmente detectar alguna alteración en el estado de salud de su hijo, identificando ciertos signos de alarma específicos que le indicarían la presencia de una infección respiratoria.

Los signos de alarma que la madre debe de identificar en su niño, son:

- Hipotermia en menores de 2 meses
- Fiebre más de tres días

- Rechazo de los líquidos y alimentos
- Respiración acelerada (taquipnea)
- Quejido respiratorio
- Hundimiento de los espacios intercostales
- Tiraje subcostal e intercostal
- Cianosis peribucal y distal ⁽²⁴⁾

5.2. Cuidados en el hogar

Según la OMS, el manejo adecuado de los casos es la mejor manera de reducir la mortalidad por IRA, este manejo parte desde el hogar.

La mayoría de los episodios de IRA se presentan en el hogar, y son las madres de familia, quienes en primera instancia interpretan y atienden la sintomatología de los episodios. Sin embargo, las madres (incluso el personal de salud), en muchas ocasiones no están capacitadas para detectar oportunamente la gravedad que expresan los signos y síntomas de las IRA, lo cual pone en riesgo la vida del menor.

Cuando un niño tiene fiebre, catarro, obstrucción nasal y dolor discreto de garganta, pero conserva relativamente el apetito, la madre misma puede manejarla. Estas infecciones, que por lo general corresponden al aparato respiratorio alto, casi siempre son producidas por un virus y se curan solas, pero hay que ayudar con medidas generales y de apoyo para que no se compliquen y aliviar un poco al niño.

Las recomendaciones básicas de la OPS/OMS, que representan la conducta "ideal" adaptadas para madres de niños con IRA, cubren dos áreas generales: el tratamiento en el hogar y la solicitud de atención, encontrando lo siguiente:

- Tratar la fiebre cuando la temperatura es superior a los 37,5° C (la madre puede manejar sin problema una temperatura menor de 38.0°C), iniciándose con medios físicos (aligerar cubiertas, paños humedecidos con agua tibia en zonas de pliegues y baño con agua tibia), ropa fresca y si no se obtiene resultados aplicar gotas de Paracetamol o Acetaminofén teniendo en cuenta la dosis exacta de acuerdo con la edad y el peso del menor (10 a 15 ml/kg de peso, cada 4 – 6 horas) y controlar la temperatura del niño para valorar la disminución de la misma. ⁽²⁶⁾
- Al niño con IRA no sólo se puede bañar sino que se debe bañar. El baño es una medida higiénica y más aun cuando la persona está enferma pues esto mantiene los poros abiertos y permite la sudoración y evita brotes que puedan fastidiarlo aún más. ⁽²⁷⁾ Por supuesto que el agua debe estar tibia y el baño tiene que ser corto (no necesariamente con jabón), para que no alcance a causar escalofríos. Una vez fuera del agua, hay que secarlo rápido y vestirlo con ropa ligera holgada.
- A un niño con temperatura no se le debe dar antibióticos, ya que ningún antibiótico es antitérmico es decir ninguno es capaz de bajar la temperatura directamente lo hace cuando la enfermedad que produce la temperatura es causada por una bacteria sensible a ese antibiótico por lo tanto es un error

suministrar medicamentos cuando se desconoce el origen de la temperatura. ⁽²⁸⁾

- Continuar la alimentación, ya sea al pecho materno o la dieta que el niño recibe habitualmente ofreciéndolos en varias tomas, procurando aumentarla después del episodio de IRA. ⁽²⁶⁾ Como se pierde el apetito durante la enfermedad, al niño o niña que ya no es amamantado se debe insistir en que coma, alimentos suaves y que le gusten, se le debe inducir a comer con frecuencia en pequeñas cantidades. Se debe amamantar al niño con más frecuencia de la acostumbrada. Si el niño o niña no puede mamar lo mejor es extraer la leche del pecho manualmente y dársela a tomar con cuchara o taza limpia.
- El suministro de líquidos de preferencia tibios para mantener una hidratación adecuada, la fluidificación y movilización de las secreciones de vías respiratorias; a fin de evacuar las secreciones; es importante que el niño mantenga permeable la fosas nasales, para que pueda respirar y comer sin dificultad. ⁽²⁷⁾ Las infecciones respiratorias pueden hacer perder más líquidos de lo normal, sobre todo si hay fiebre. Los líquidos ayudan a fluidificar las secreciones en las vías respiratorias haciendo la respiración más fácil, además ayudan a que el niño o niña no se deshidrate.
- La desobstrucción de la nariz mediante la limpieza de las fosas nasales especialmente antes de darle de comer y de acostarlo a dormir. Si la nariz está tapada con mucosidad seca o espesa y pegajosa, podemos aplicar 2 o 3 gotas de

solución fisiológica y limpiarle con un paño húmedo. Si no se tiene solución fisiológica se puede preparar una solución casera de la siguiente manera:

- Hervir suficiente cantidad de agua.
- Dejar enfriar y medir una ½ taza de agua.
- Agregue ½ cucharadita de sal y revuelva bien.
- La solución no debe estar más salada que las lágrimas.
- Con un gotero o jeringa sin aguja aplique un chorrito de la solución en cada fosa nasal cada vez que se tape la nariz para facilitarle la respiración. ⁽²⁶⁾

- La tos se puede aliviar suministrando abundantes líquidos orales, para que las secreciones sean fácil de mover, en ningún caso suministrar por cuenta propia jarabes contra la tos, esta es un reflejo de defensa y protección del aparato respiratorio, que ayuda a eliminar las secreciones producidas por la infección. cuando la tos es húmeda conviene cambiar la posición del niño: boca abajo, de lado, de ser posible cada hora, y darle golpes suaves en la espalda para ayudar a que salgan las flemas. ⁽²⁹⁾ Lo único que se podría administrar sería un medicamento dilatador de los bronquios en forma de aerosol si es que lo ha requerido antes, pero sólo cuando el médico la haya prescrito en otra ocasión.
- La automedicación está contraindicada y en especial el uso de antibióticos sin prescripción médica, puesto que está confirmado que el resfriado común es producido en su mayoría por virus y por el riesgo de desencadenarse mecanismos de resistencia de las bacterias a ciertos antibióticos. ⁽²⁸⁾

- La OPS y OMS recomienda tratar el dolor de garganta con remedios caseros inocuos con la consideración de conocer su utilidad. ⁽²⁶⁾

Dado que gran parte de los remedios para la tos y el resfriado tienen diversos componentes en sus formulas, algunos de los cuales potencialmente nocivos para los niños, se deberá decidir a nivel local cuales de esos medicamento pueden ser utilizados sin riesgo por las madres.

Dentro de las prácticas más utilizadas en los países tenemos:

- Uso de Vick vaporub: según un estudio de investigación realizado en el 2009 en la Universidad de Wake Forest – EEUU, para evaluar si el Vick Vaporub podía causar problemas respiratorios, los investigadores llevaron a cabo experimentos con hurones. Estos animales fueron elegidos porque tienen vías respiratorias similares a las humanas. Se demostró que el popular remedio contra el resfriado aumentaba la producción de moco en hasta 59 por ciento. La capacidad de deshacerse del moco se reducía en 36 por ciento. El Dr. Bruce K. Rubin dijo que este Vicks “En los niños, pueden inducir cierta inflamación, aunque sea poco, pero ese poquito podría ser suficiente para provocar que el niño tenga problemas”. El Dr. Daniel Craven, neumólogo pediátrico dijo que los padres no deben usar este producto porque no tiene valor medicinal y que el estudio realizado levanta la posibilidad de que este producto tal vez no solo no sea eficaz, sino que posiblemente tenga consecuencias respiratorias

adversas, sobre todo si hay una exposición intensa como cuando se aplica justo debajo de la nariz. ^{(30) (31)}

- Uso de plantas medicinales: la medicina tradicional peruana, herencia de tiempos precolombinos, sigue siendo la primera instancia de consultas y tratamiento en gran parte de nuestro país. Todas las plantas para uso medicinal son buenas, siempre y cuando no se haga abuso de ellas y menos emplearlas sin conocer las dosis exactas, o sin conocer que parte de la planta utilizar. Algunas medidas de precaución al usar las plantas medicinales son: algunas poseen sustancias tóxicas que al consumirlas el organismo las asimila; otras plantas tienen elementos sanos pero se hacen tóxicas por el suelo, por el clima, por la contaminación del medio ambiente y por el agua que se utiliza en su riego. ⁽³²⁾
- Frotaciones del pecho con grasa de gallina: este tipo de grasa es sólida en invierno, y semilíquida o líquida completamente en verano, se extrae de la pella de la gallina, se usa al exterior en fricción como emoliente, en particular, contra la inflamación de las parótidas.

5.3. Referencia del niño a una institución de salud.

Los criterios de referencia de un niño a una institución de salud por una IRA son: tos y cualquier grado de dificultad respiratoria con aumento de la frecuencia respiratoria, dolor de oídos y de garganta (son los datos más frecuentes y constantes de la presencia de la mayoría de formas de infección respiratoria). Además debe ser referido en el caso de presentar tiraje subcostal, retracción intercostal y supraclavicular, dada la elasticidad de las

costillas del niño, pero si se presenta una retracción subcostal, durante la inspiración, esta denota un importante compromiso del parénquima pulmonar y, por lo tanto, indica la presencia de neumonía grave.⁽²³⁾

Cuando la fiebre dura más de dos días o reaparece después de haber bajado, duele o supura el oído, el dolor de garganta es tan intenso que impide alimentarse o simplemente hay inapetencia, aparece tos húmeda (con flema) o el niño respira más rápido que lo habitual, quiere decir que la infección se está agravando y se hace necesario consultar al agente de salud más cercano. Cuando la dificultad respiratoria es evidente y se acompaña de aleteo nasal, hundimiento debajo de las costillas y máxime si hay color azulado de los labios y uñas, la situación es de extrema urgencia y debe acudir a un hospital. Este cuadro corresponde generalmente a una infección respiratoria complicada o localizada en el aparato respiratorio bajo. Se ha sugerido que hasta 85% de las muertes relacionadas con las IRA se deben a neumonías bacterianas que se pueden tratar con antibióticos. De ahí que sea fundamental consultar cuanto antes a un médico u otro profesional de la salud debidamente capacitado.

Para que las madres puedan buscar atención a su debido tiempo, deben ser capaces de reconocer los signos de alarma y su gravedad. Muchas veces buscan atención cuando ya hay signos de enfermedad extremadamente grave y es necesario conseguir que soliciten atención antes de que aparezcan estos signos. Ayudarlas a reconocerlos implica un gran compromiso del personal de salud, quien en estos casos debe poner énfasis en el concepto de taquipnea y en su estrecha relación con la dificultad

respiratoria, que suele acompañar a la primera y que se considera de mayor gravedad. No es aconsejable insistir en que se observe si hay tiraje intercostal, ya que pocas madres destapan el tórax del niño enfermo. Los educadores en el campo de la salud podrían, no obstante, explicar que el tiraje también se puede observar en la parte anterior del cuello, en la hendidura entre el cartílago cricoides y la horquilla del esternón. A diferencia del tórax, el cuello siempre está descubierto y tiene relevancia en el contexto cultural, ya que las madres lo palpan, junto con otras partes del cuerpo, para determinar la temperatura corporal de sus hijos.

El MINSA se ha preocupado en estos últimos años, hacer llegar mensajes educativos por diferentes medios de comunicación, en el cual recomienda a la familia que ante la presencia de un signo que llame su atención, el niño debe ser trasladado al centro de salud más cercano. ⁽³²⁾

6. Rol de la enfermera en el cuidado del niño con infección respiratoria aguda

Cuidados culturales según Leininger

Los cuidados culturales hacen referencia a los valores y creencias que ayudan, apoyan o permiten a otras personas (o grupo) mantener su bienestar, mejorar sus condiciones personales o enfrentarse a la muerte o a la discapacidad. Por tanto, los cuidados culturales, como la salud, la enfermedad, etc., y el desarrollo humano son muy diferentes dependiendo de

la visión de las personas, sus creencias, costumbres, valores, modos de vida, etc.

Los cuidados, para Leininger, son:

“El componente central, dominante y esencial de la enfermería, y pueden ser diversos (diferentes significados, patrones, valores, creencias o símbolos de los cuidados indicativos de la salud de una cultura específica, tales como el rol de una persona enferma) o universales (características comunes o similares en cuanto a significado, patrones, valores, creencias o símbolos de los cuidados de culturas distintas)”. ⁽³⁴⁾

Por lo que se puede evidenciar que Leininger basa su teoría por tanto en la enfermería transcultural, una rama de aprendizaje de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y el análisis de las culturas cuando se aplican a la enfermería y las prácticas, creencias y valores de la salud/enfermedad. La define como área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud y hacer frente a sus discapacidades o a su muerte.

Como anteriormente se mencionó la cultura de la persona va a influir significativamente en sus conocimientos y en los cuidados que realice; por tal **es esencial que la enfermera** conozca la diversidad cultural de las madres de niños con IRA que acuden al establecimiento de salud, sepa encausar su mensaje educativo, sin ocasionar disgusto ni enfrentamiento con las madres, de modo que se adopten acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales, que permita

ayudarlas a recuperar y mantener la salud de sus niños evitando mayores complicaciones.

Por tal motivo, los cuidados que la enfermera brinde tienen que tener coherencia con las prácticas culturales de la madre y así rediseñar o reestructurar los cuidados que abarca las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayuden a las madres a reordenar, alterar o modificar y adoptar esquemas de cuidados sanitarios nuevos, diferentes y beneficiosos para sus niños.

G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

1. Conocimientos:

Es el conjunto de información que la madre refiere tener acerca de los signos y síntomas (molestias) de la infección respiratoria aguda y los cuidados en el hogar para aliviar las molestias del niño menor de cinco años.

2. Cuidados en el hogar:

Son aquellas acciones que la madre refiere realizan en el hogar para aliviar las molestias respiratorias en su niño menor de cinco años.

3. Madres de niños menores de 5 años:

Son aquellas madres cuyos niños están inscritos en la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo del C.M.I. J.C. Mariátegui, y sus edades se encuentran entre 0 a 4 años 11 meses y 29 días.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODO

A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE ESTUDIO

El presente proyecto de investigación es de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo y de método descriptivo puesto que muestra los hechos o fenómenos de las variables de estudio tal como se presentan y de corte transversal, puesto que su ejecución se realizará en un lapso de tiempo y espacio determinado.

B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El presente proyecto de investigación se realizó en la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui (DISA V Lima Sur) que se encuentra ubicado a la altura del pje. Mariano Necochea 101 del AA.HH. José Carlos Mariátegui, del distrito de Villa María del Triunfo.

Esta institución cuenta con diversos servicios como consultorios externos de medicina general, estrategia de Crecimiento y Desarrollo,

ESNI, odontología, nutrición, ESNPCT, Psicología, obstetricia, planificación familiar, farmacia, entre otros. El personal de salud que labora en la estrategia de CRED, está conformado por una enfermera y una serumista. El horario de atención es de Lunes a Sábado desde las 8 am hasta las 2 pm.

El fluxograma de atención, consiste que antes que el niño ingrese al consultorio de CRED, debe de pasar por admisión y solicite la historia de su niño y que esta sea trasladada al consultorio y luego pueda ser atendido por la enfermera presentando su carnet de crecimiento y desarrollo.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

- Población

La población de estudio está constituida por las madres de niños menores de 5 años que asisten a la estrategia de Crecimiento y Desarrollo del Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui.

Para la estimación cuantitativa de la población se tuvo acceso a la base de información estadística del establecimiento de salud sobre el número de niños atendidos durante el año pasado (enero a diciembre del 2010), obteniendo un promedio de 305 niños atendidos por mes, resultado que permitió obtener el tamaño de la muestra.

Para la selección de la muestra se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Madres de niños que se encuentran inscritos en la estrategia de crecimiento y desarrollo.
- Madres cuyos niños son menores de cinco años.
- Madres que acepten participar en el proyecto de investigación.

Criterios de exclusión:

- Madres quechua hablantes
- Muestra

El tamaño de la muestra se estableció con un nivel de confianza del 90% y un error relativo de 10%, obteniéndose una muestra de 58 madres que representan el 19% de la población de un mes. Para ello se aplicó la fórmula para una población finita (ver anexo C).

D. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el efecto de la recolección de datos, se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento la encuesta (ver anexo B), la cual fue aplicada en forma personal a cada madre que acudía con su niño para ser atendida por la enfermera de la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo; considerándose a éstos, medios efectivos para recolectar datos reales acerca de los conocimientos y cuidados en el hogar que brindan las madres de niños menores de cinco años con infección respiratoria aguda que acuden al C. M. I. J.C. Mariátegui.

El instrumento de recolección de datos fue estructurado en un total de 21 preguntas. La estructura de la encuesta consta de las siguientes partes: la presentación, instrucciones, datos generales en relación a la madre, datos generales en relación al niño y el contenido propiamente dicho.

El instrumento elaborado antes de ser aplicado, fue sometido a prueba de validez de contenido mediante el juicio de expertos (7), conocedores del área de pediatría y conocedoras de la metodología de investigación lo que me permitió realizar los ajustes necesarios al instrumento para su posterior aplicación. Luego los puntajes fueron sometidos a la prueba binomial, encontrándose que el error de significancia ($p = 0.033$) no supera los valores establecidos para $p > 0.05$ (ver anexo D) por lo que es pertinente mencionar que el instrumento es válido, es decir realmente medirá la variable que se pretende medir. Luego de las sugerencias se realizaron los ajustes necesarios al instrumento.

Para determinar la confiabilidad del instrumento se recurrió a la aplicación de la prueba piloto que se realizó en el Centro de Salud San Luis a 33 madres con similares características a la de la muestra establecida pero que no pertenece a la población. Luego haciendo uso de los datos hallados se aplicó la fórmula estadística de coeficiente de Crombach, obteniéndose como resultado: $\alpha = 0.92 > 0.5$ (ver anexo E), cuyo resultado nos asegura la confiabilidad del instrumento elaborado, es decir, que su aplicación repetida al mismo sujeto, producirá iguales resultados.

E. PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Para la recolección de los datos se realizó las respectivas coordinaciones y los trámites administrativos pertinentes, a fin de lograr la autorización del director del Centro Materno Infantil para realizar el estudio y aplicación del instrumento (antes sometido a prueba de validez y confiabilidad), así como la coordinación con la enfermera jefe de la estrategia de Crecimiento y Desarrollo.

El recojo de datos se realizó en los meses de Noviembre y Diciembre, mediante la aplicación del instrumento tres días a la semana: miércoles, viernes y sábado en el horario de 8:00 a 13:00 horas. Se captó a cada una de las madres antes de que ingresen con su niño a la consulta de CRED, con una duración aproximada de 15 min. por entrevista.

Después de la recolección de los datos se procedió a codificarlos y vaciarlos a una tabla matriz de forma manual utilizando el sistema de tabulación por paloteo. Estos datos fueron presentados en tablas de doble entrada mediante el cruzamiento de datos, los cuales se presentaron en cantidades reales y porcentajes, los que permitieron elaborar y sistematizar los resultados finales de la investigación.

F. PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Los datos presentados en tablas de doble entrada permitieron realizar el análisis y la interpretación de los datos realizando un contraste de los datos obtenidos con el marco teórico correspondiente. En primera instancia se ejecutó un análisis de los datos generales tanto

de la madre y del niño, seguido de los datos específicos que tienen una relación directa con la variable de estudio.

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La aplicabilidad del presente proyecto de investigación no involucra riesgo alguno a la salud e integridad de las madres.

Para el recojo de datos se solicitó el consentimiento de cada una de las madres asistentes a la Estrategia de CRED, previa información del objetivo y finalidad del proyecto de investigación y de esta manera motivar su participación y hacer que no se sientan como sujetos utilizados con fines propios del investigador.

La privacidad de la información suministrada se garantizó durante la aplicación del instrumento únicamente por la investigadora, a fin de garantizar la confidencialidad de la información proporcionada por las madres participantes.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. PRESENTACIÓN DE TABLAS Y/O GRÁFICAS

Después de la aplicación del instrumento a las madres de niños menores de 5 años que asistieron a la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo del Niño del C.M.I. José Carlos Mariátegui; se obtuvieron datos que son presentados en cuadros estadísticos de doble entrada y gráficos de barra y así mismo realizar su respectivo análisis e interpretación.

1. Datos Generales

De un total de 58 (100%) de madres encuestadas, 33(56.9%) tienen edades entre 20 a 35 años, 14(24.1%) entre 36 a 45 años y 11(19.0%) de 15 a 19 años; en relación a su procedencia 28(48.3%) pertenecen a la Costa, 25(43.1%) a la Sierra y 5(8.6%) pertenecen a la Selva; en relación al grado de instrucción tenemos que 24(41.3%) tienen secundaria completa, 17(29.3%) secundaria incompleta, en relación a la edad del niño, se encontró 28(48.3%) entre edades de 1 a 6 meses, 16(27.6%) entre 7 a 12 meses y 10(17.2%) entre 13 a 24 meses.

2. Datos Específicos

TABLA N° 1

**EDAD Y FRECUENCIA DE EVENTOS DE IRA DE LOS NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS EN EL C.M.I. J.C.MARIATEGUI
NOVIEMBRE - DICIEMBRE
LIMA - PERÚ 2011**

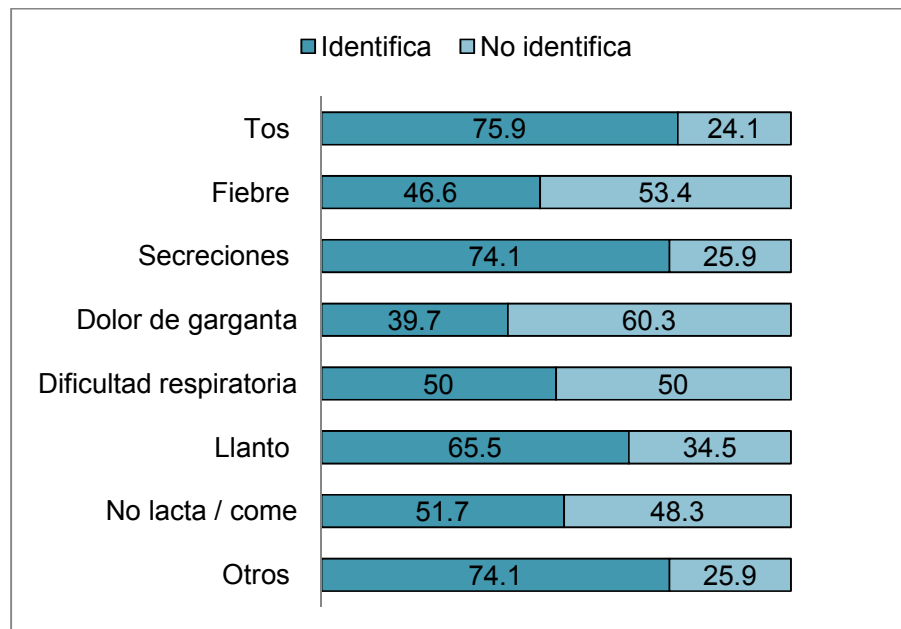
EDAD DEL NIÑO	TOTAL		FRECUENCIA DE EVENTOS DE IRA							
			Ninguna		1 - 2		3 - 4		≥5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	58	100.0	12	20.8	23	39.7	16	27.5	7	12.0
1 – 6 meses	28	48.3	8	13.9	15	26.0	4	6.9	1	1.7
7 – 12 meses	16	27.6	3	5.2	5	8.6	7	12.0	1	1.7
13 – 24 meses	10	17.2	1	1.7	2	3.4	4	6.9	3	5.2
25 – 60 meses	4	6.9	0	0.0	1	1.7	1	1.7	2	3.4

Fuente: Encuesta realizada por el investigador en el C.M.I. J.C. Mariátegui. Noviembre – Diciembre. 2011

En la tabla N° 1 en relación a la edad y frecuencia de eventos de IRA de los niños menores de 5 años, se puede observar que de un total de 58 (100%) madres encuestadas, 15 (26.0%) refrieron que sus niños menores de 6 meses presentaron de 1 a dos veces algún signo o síntoma de IRA, a diferencia de aquellas 8 (13.9%) madres que mencionaron que no habían identificado algún evento de IRA en sus niños, además es importante mencionar que 7 (12.0%) de madres manifestaron que sus niños de 7 a 12 meses han presentado de 3 a 4 eventos.

GRAFICO N° 1

CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES ACERCA DE LAS MOLESTIAS QUE IDENTIFICA CUANDO SU NIÑO PRESENTA IRA EN EL C.M.I. J.C.MARIATEGUI NOVIEMBRE - DICIEMBRE LIMA - PERÚ 2011

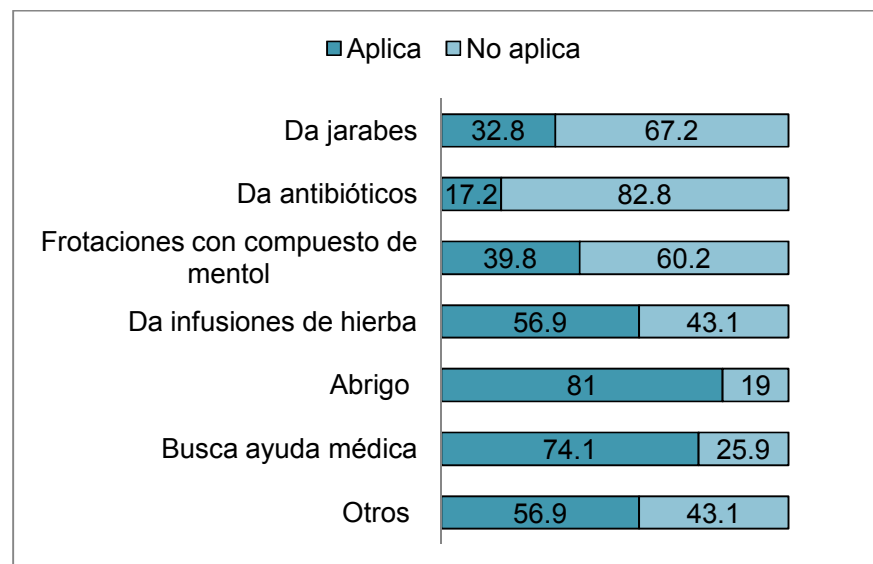


Fuente: Encuesta realizada por el investigador en el C.M.I. J.C. Mariátegui. Noviembre – Diciembre. 2011

En el gráfico N° 1, respecto a los conocimientos de la madre acerca de las molestias que identifica cuando su niño presenta IRA, se aprecia que de un total de 58 (100%) madres encuestadas, 44 (75.9%) tos en sus niños, 43 (74.1%) refieren identificar la presencia de secreciones (mucosidad y flema en vías aéreas), pero a la vez no refirieron identificar 35 (60.3%) de las madres y 31 (53.4%), fiebre y dolor de garganta respectivamente.

GRAFICO N° 2

CUIDADOS QUE BRINDAN EN EL HOGAR LAS MADRES CUANDO EL NIÑO PRESENTA TOS EN EL C.M.I. J.C.MARIATEGUI NOVIEMBRE - DICIEMBRE LIMA - PERÚ 2011



Fuente: Encuesta realizada por el investigador en el C.M.I. J.C. Mariátegui. Noviembre – Diciembre. 2011

En el gráfico N° 2, respecto a los conocimientos de la madre acerca de los cuidados que brinda en el hogar cuando el niño presenta tos, se observa que de un total de 58 (100%) madres encuestadas, 47(81.0%) recurren al abrigo de sus niños, 43 (74.1%) buscan ayuda médica generalmente en sus hijos menores de 6 meses, 33 (56.9%) optan por dar infusiones de hierba (anís, manzanilla y eucalipto) y 24 (39.8%) por aplicar frotaciones de compuestos mentolados mayormente a sus niños mayores de 7 meses.

TABLA N° 2

CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES ACERCA DE LA FORMA DE IDENTIFICACIÓN DE LA FIEBRE EN SU NIÑO

CON IRA EN EL C.M.I. J.C.MARIATEGUI

NOVIEMBRE - DICIEMBRE

LIMA - PERÚ 2011

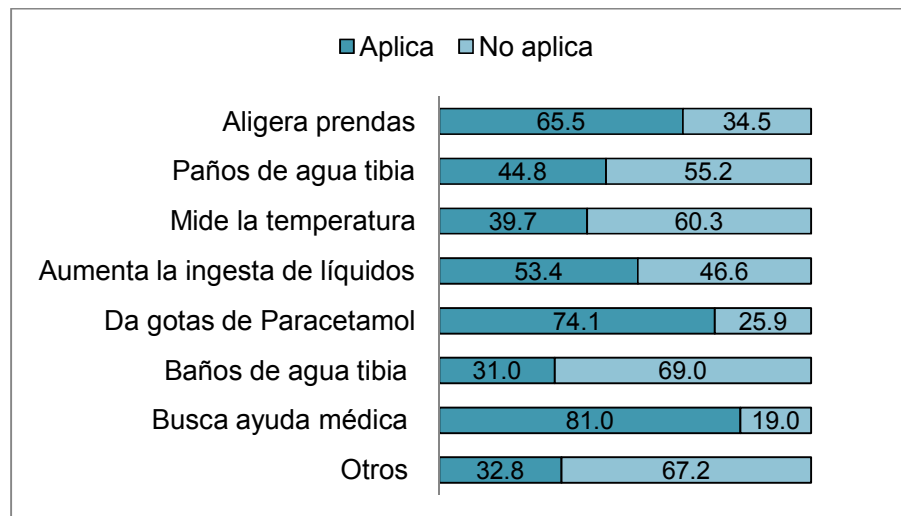
FORMAS DE IDENTIFICACION DE LA FIEBRE	TOTAL		MADRES			
			Identifica		No identifica	
	N	%	N	%	N	%
Tocar piel caliente	58	100.0	39	67.2	19	32.8
Ver mejillas coloradas	58	100.0	32	55.2	26	44.8
Con el termómetro	58	100.0	25	43.1	33	56.9
Al estar decaído	58	100.0	22	37.9	36	62.1
Por el llanto	58	100.0	36	62.1	22	37.9
Otros	58	100.0	18	31.0	40	69.0

Fuente: Encuesta realizada por el investigador en el C.M.I. J.C. Mariátegui. Noviembre – Diciembre. 2011

En la tabla N° 2, respecto a los conocimientos de la madre acerca de la forma de identificación de la fiebre en su niño, se aprecia que de un total de 58 (100%) madres encuestadas, 39 (67.2%) refieren identificar la piel caliente al tacto, 36 (62.1%) por el llanto que fue referido generalmente en madres de niños menores de 6 meses, así también se puede ver que 33 (56.9%) no pueden identificar la fiebre mediante el uso del termómetro.

GRAFICO N° 3

**CUIDADOS QUE BRINDAN EN EL HOGAR LAS MADRES
CUANDO EL NIÑO PRESENTA FIEBRE
EN EL C.M.I. J.C.MARIATEGUI
NOVIEMBRE - DICIEMBRE
LIMA - PERÚ 2011**

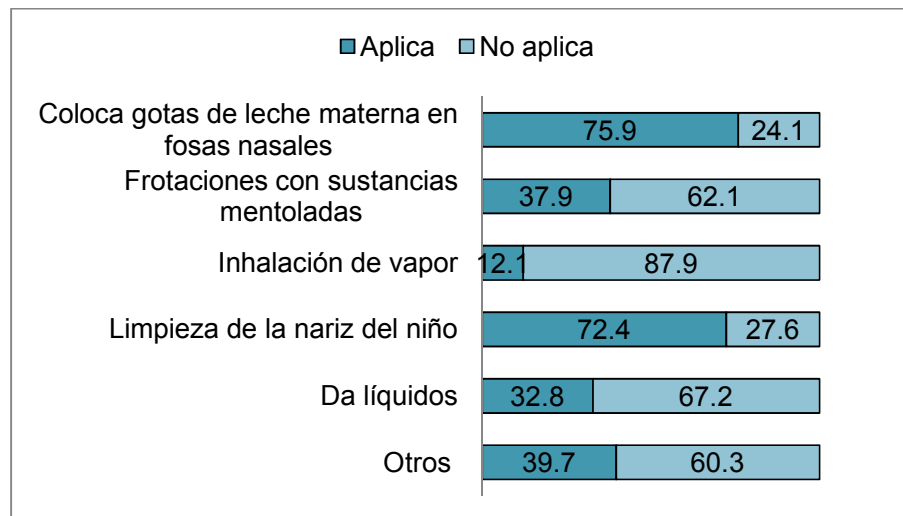


Fuente: Encuesta realizada por el investigador en el C.M.I. J.C. Mariátegui. Noviembre – Diciembre. 2011

En el gráfico N° 3, respecto a los conocimientos de la madre acerca de los cuidados que brinda en el hogar cuando el niño presenta fiebre, se observa que de un total de 58 (100%) madres encuestadas, 47 (81.0%) optan por buscar ayuda médica inmediata cuando sus niños son menores de 6 meses, 43 (74.1%) refiere administrar gotas de paracetamol aunque 11 (25.6%) de ellas no manejan las dosis correcta de administración del medicamento señalado, además es preciso señalar que 40 (69.0%) no refiere realizar el baño en agua tibia como una de las formas de disminuir la fiebre, pero también es rescatable que 38 (65.5%) recurre a aligera las prendas de vestir de su niño.

GRAFICO N° 4

**CUIDADOS QUE BRINDAN EN EL HOGAR LAS MADRES
PARA DISMINUIR LA MUCOSIDAD NASAL EN SU
NIÑO EN EL C.M.I. J.C.MARIATEGUI
NOVIEMBRE - DICIEMBRE
LIMA - PERÚ 2011**

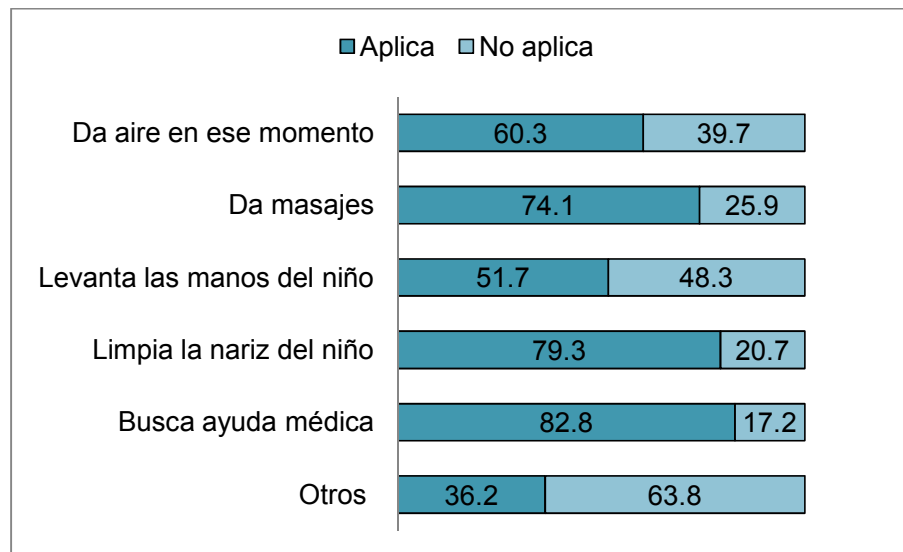


Fuente: Encuesta realizada por el investigador en el C.M.I. J.C. Mariátegui. Noviembre – Diciembre. 2011

En el gráfico N° 4, en relación a los conocimientos de la madre acerca de los cuidados que brinda en el hogar para disminuir la mucosidad nasal, se observa que de un total de 58 (100%) madres encuestadas, 44 (75.9%) optan por aplicar gotas de leche materna en ambas fosas nasales, 42 (72.4%) refiere realizar la limpieza de la mucosidad de la nariz del niño usando generalmente paños y en algunos casos realizar la aspiración de estas secreciones mediante perilla de hule o aspirándolo con la boca; además es preciso señalar que 39 (67.2%) no refiere realizar la administración de líquidos ante la presencia de estos síntomas.

GRAFICO N° 5

CUIDADOS QUE BRINDAN EN EL HOGAR LAS MADRES CUANDO EL NIÑO PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL C.M.I. J.C.MARIATEGUI NOVIEMBRE - DICIEMBRE LIMA - PERÚ 2011

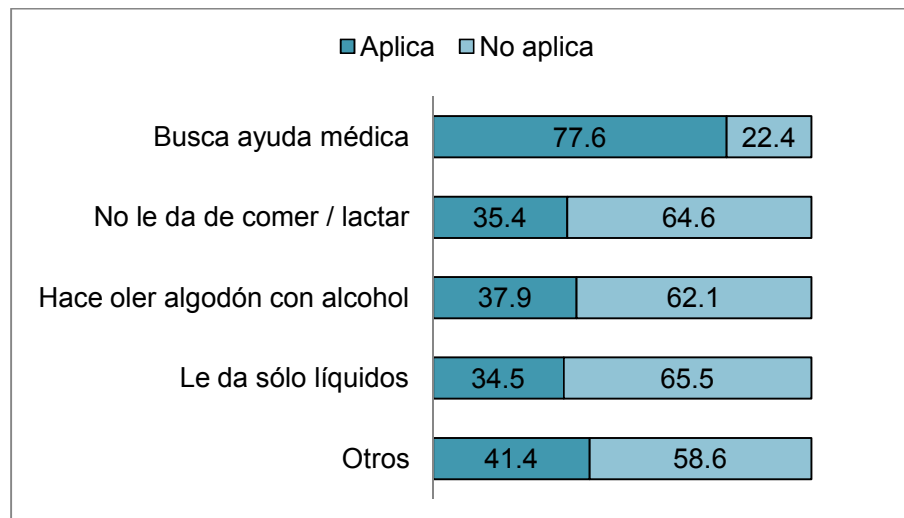


Fuente: Encuesta realizada por el investigador en el C.M.I. J.C. Mariátegui. Noviembre – Diciembre. 2011

En el gráfico N° 5, en relación a los conocimientos de la madre acerca de los cuidados que brinda en el hogar cuando el niño presenta dificultad respiratoria, se observa que de un total de 58 (100%) madres encuestadas, 48 (82.8%) buscan ayuda médica como la consulta a un médico particular así como acudiendo al establecimiento de salud, 46 (79.3%) refieren realizar la limpieza de la mucosidad de la nariz del niño usando generalmente paños y en algunos casos realizar la aspiración de estas secreciones mediante pequeños aparatos o aspirándolo con la boca.

GRAFICO N° 6

CUIDADOS QUE BRINDAN EN EL HOGAR LAS MADRES CUANDO EL NIÑO PRESENTA VOMITO EN EL C.M.I. J.C.MARIATEGUI NOVIEMBRE - DICIEMBRE LIMA - PERÚ 2011

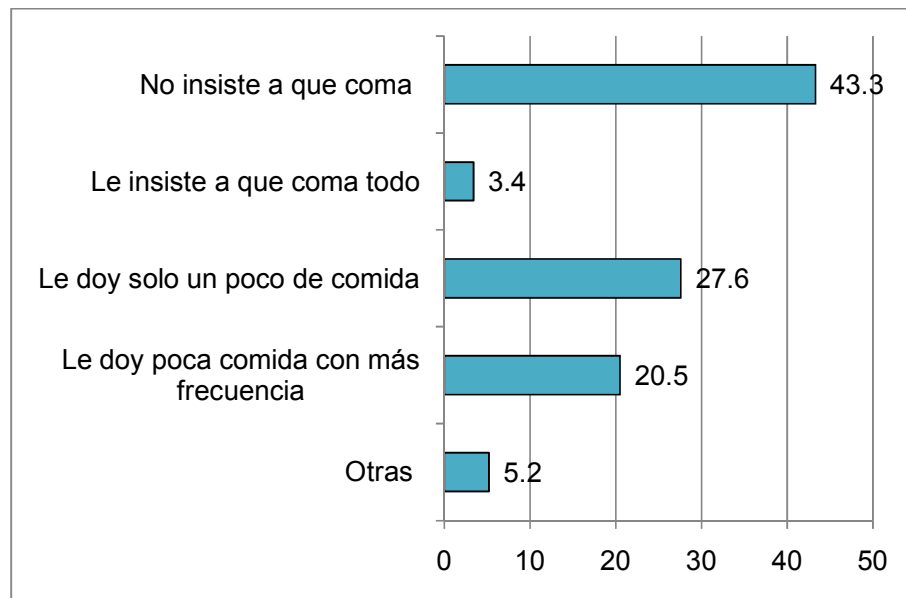


Fuente: Encuesta realizada por el investigador en el C.M.I. J.C. Mariátegui. Noviembre – Diciembre. 2011

En el gráfico N° 6, en relación a los conocimientos de la madre acerca de los cuidados que brinda en el hogar cuando el niño presenta vomito, se observa que de un total de 58 (100%) madres encuestadas 45 (77.6%) buscan ayuda médica mediante la consulta a un médico pediatra particular así como acudiendo al establecimiento de salud, 21 (35.4%) opta por no dar de comer o lactar a su niño, paralelamente, 20 (34.5%) refiere no dar líquidos a sus niños cuando ellos presentan vómito producto de una IRA, que en su mayoría es referido por las madres de niños menores de 1 año.

GRAFICO N° 7

CUIDADOS QUE BRINDAN EN EL HOGAR LAS MADRES CUANDO EL NIÑO CON IRA NO LACTA / NO COME EN EL C.M.I. J.C.MARIATEGUI NOVIEMBRE - DICIEMBRE LIMA - PERÚ 2011

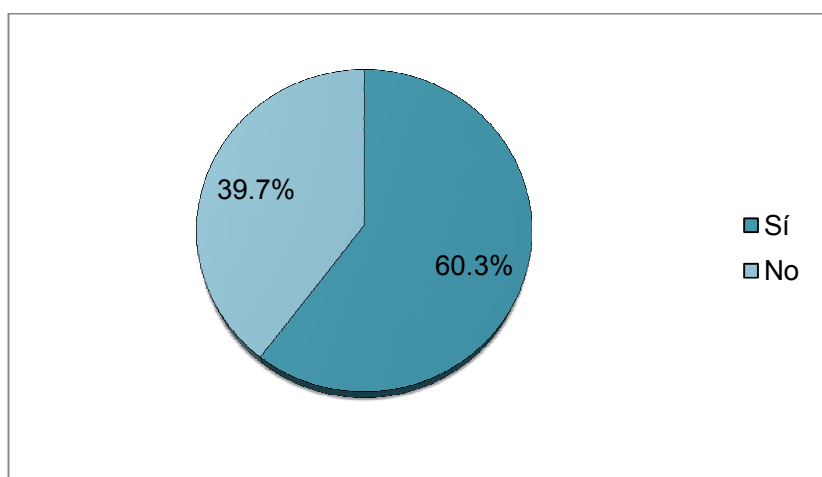


Fuente: Encuesta realizada por el investigador en el C.M.I. J.C. Mariátegui. Noviembre – Diciembre. 2011

En el gráfico N° 7, en relación a los conocimientos de la madre acerca de los cuidados que brinda en el hogar cuando el niño con IRA no lacta o no come, se observa que de un total de 58 (100%) madres encuestadas, 25 (43.3%) no insiste a que coma su niño incluyendo líquidos, mientras que 16 (27.6%) refiere darle solo un poco de comida y 12 (15.5%) opta por darle poca comida pero con más frecuencia.

GRAFICO N° 8

**CUIDADOS QUE BRINDAN EN EL HOGAR LAS MADRES EN
RELACION AL BAÑO CUANDO EL NIÑO PRESENTA
IRA EN EL C.M.I. J.C.MARIATEGUI
NOVIEMBRE - DICIEMBRE
LIMA - PERÚ 2011**



Fuente: Encuesta realizada por el investigador en el C.M.I. J.C. Mariátegui. Noviembre – Diciembre. 2011

En el gráfico N° 8, en relación a los conocimientos de la madre acerca de los cuidados que brinda en el hogar relación al baño cuando el niño presenta IRA, se observa que de un total de 58 (100%) madres encuestadas, 35 (60.3%) sí baña a su niño, en relación a estos datos se puede mencionar que la gran parte de las madres que lo realizan, lo hacen sumergiendo al niño en el agua y en algunos de los casos mediante el uso de paños húmedos pues refieren que si no lo hacen su niño se sentiría incómodo y estaría más irritable, además 23 (39.7%) no lo realiza pues en la mayoría de los casos refiere que el estado de su niño empeoraría.

B. DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Por los datos antes expuestos se puede afirmar que es un acierto en las madres el reconocimiento de los síntomas iniciales de la IRA como es la presencia de secreciones en vías aéreas, la aparición de tos y fiebre, resultados que se asimilan a una de las investigaciones citadas anteriormente; esto se podría explicar puesto que cuando se inicia el proceso de infección respiratoria esta se manifiesta mediante un signo principal que es la tos, como un mecanismo de defensa que utiliza el organismo para eliminar el microbio, así también la aparición de secreciones nasales producto de la fagocitosis de bacterias y virus; ambos signos son de fácil reconocimiento para las madres permitiéndoles brindar oportunamente aquellos cuidados que eviten que la salud del niño se vea aun más comprometida.

En cuanto a los signos de alarma, como el aumento de la frecuencia respiratoria, dificultad para respirar (cianosis), sibilancias, tirajes subcostales y supuración de oído; es un riesgo que las madres en su mayoría no conozcan, lo cual conllevaría a la búsqueda de atención médica no oportuna siendo desfavorable para la recuperación del niño.

En relación a la frecuencia de los eventos de IRA por cada niño (1 – 2 eventos), es menor a la que publica la OMS (6 – 7 eventos por año), posiblemente por las características de la población estudiada que no pertenece a los estratos muy bajos, por cuanto está situada en una zona urbana y las viviendas son en su mayoría de material noble, siendo en este caso un factor predisponente de IRA, el hacinamiento y/o el factor climatológico no la precariedad de la

vivienda; resultados que se compara con la investigación realizada por Pérez en Cuba, coincidiendo que dentro de los factores de riesgo predisponente se encuentra el hacinamiento en situaciones de zonas urbanas.

Por los resultados evidenciados se puede decir que la mayoría de los cuidados que las madres brindan en su hogar son adecuados ya que corresponden a las pautas emitidas por la OPS y OMS para el manejo adecuado de los signos y síntomas de IRA.

Si bien es cierto en su mayoría las madres realizan cuidados beneficiosos e inocuos para el niño, también se ha encontrado algunas conductas asumidas por ellas que son perjudiciales para el menor como por ejemplo la aplicación de sustancias mentoladas, la suspensión de la alimentación y/o lactancia, dosis inadecuadas de los antipiréticos (Paracetamol), entre otras; que pueden representar riesgo de complicación con una evolución desfavorable hacia una neumonía, por la poca o ninguna efectividad de algunos de los cuidados brindados.

Como se mencionó anteriormente se encontró un uso frecuente de sustancias mentoladas, mayor en madres de niños mayores de 6 meses para tratar la tos y mucosidad, referente a esto un estudio publicado y el cual fue citado en páginas anteriores se menciona que la aplicación de Vick vaporuv podría causar mayores problemas respiratorios, demostrándose que aumentaba la producción de mucosidad y que una exposición directa de este producto con las fosas nasales podría complicar la situación del niño, así como aplicar en otras zonas que podría irritar la piel delgada del lactante; además a esto se agrega los medios de difusión que tienen un gran poder de

convencimiento en las madres sobre el uso de productos mentolados, el cual no es una indicación del personal de salud y más aun de enfermería, quien tiene el rol de educar a la madre cuando el niño presenta IRA. Las madres también deberían conocer que no es recomendable suprimir la tos, pues por medio de este reflejo el niño expulsa las secreciones bronquiales; más bien los cuidados deben ir dirigidos a disminuir el proceso inflamatorio, la aparición de moco, lo cual permitirá que tanto la frecuencia como intensidad de la tos vayan disminuyendo progresivamente.

En relación al uso de paños húmedos con agua tibia (medio físico) en zonas no efectivas como las palmas de la mano y plantas de los pies, representa un escaso conocimiento de las madres para identificar aquellas zonas adecuadas (axila, zona inguinal, abdominal, entre otras), además podría mencionarse que en su mayoría desconocen que el baño del niño en agua tibia es un medio físico para disminuir la fiebre, por tal razón este cuidado que brinda la madre para disminuir la fiebre en su niño es inadecuado, lo cual contribuiría al aumento de la temperatura requiriendo posteriormente mayores cuidados y necesariamente la búsqueda de atención médica.

El uso no adecuado en cuanto a la dosis exacta de los antipiréticos (Paracetamol, el más usado), es un aspecto que puede generar un riesgo de complicar el proceso de IRA en el niño porque una inadecuada dosis para la edad y peso del niño no producirá los efectos deseados, la fiebre no disminuirá eficazmente e incluso puede seguir aumentando, conllevando a una alteración a nivel neuronal y a un riesgo inminente a presentar convulsiones e incluso daños cerebrales; agregándose a eso el poco uso que le dan al

termómetro clínico en estos casos. Mientras la madre no acostumbre a cuantificar la fiebre, no tendrá la certeza de que sus cuidados están dando resultados o se está complicando más el cuadro del niño. No es por tanto suficiente que identifique la fiebre con el tacto. Es indispensable que mida la intensidad de la fiebre y evalúe periódicamente su descenso o su incremento.

Se puede mencionar que fue positivo encontrar que la madre concede gran importancia al baño, y si bien cuando su niño presenta episodio de IRA la mayoría de ellas lo hace mediante un baño de inmersión, también lo somete a un baño de esponja, con lo cual contribuye eficazmente a la higiene y por tanto a la recuperación del niño e incluso de gran beneficio para aquellos cuyas madres aplican sustancias mentoladas en la superficie de la piel.

La conducta que asumen algunas de las madre frente a su niño con IRA que presenta vómitos, es la de suspender la lactancia y/o alimentación e incluso no brindar algún tipo de líquido por la mayoría de las madres, lo cual perjudica la recuperación del niño, ya que si a esto se agrega fiebre alta e inapetencia podría conllevar a la deshidratación del pequeño por la pérdida de electrolitos y agua. En estos casos los niños necesitaran que todos sus mecanismos de defensa orgánicos estén en óptimas condiciones, y ello solo se producirá si se encuentra bien alimentado.

Además se ha encontrado que ante la presencia de dolor de garganta, dolor y supuración del oído y dificultad para respirar, las madres acuden o acudirían en caso de presentarse tal situación al centro de salud, hospital o a un médico pediatra particular, lo cual es acertado en este grupo de madres encuestadas.

Finalmente se puede decir que muchas de estas acciones de las madres son el resultado de la cultura y de las creencias tradicionales basadas en las concepciones populares de la salud, fruto de su experiencia o transmitida por terceros; a pesar de todos los esfuerzos que realiza enfermería en proteger la salud de los niños menores de 5 años, aún no es suficiente y por ello se dan todavía algunos cuidados que no favorecen la recuperación de su salud. Por todo ello se deben contemplar estrategias de difusión masiva (radio, TV) sobre las medidas “caseras” inocuas y las que no lo son; así también podrían incrementar aquellas actividades de promoción y prevención realizadas de manera extra mural por enfermería. Es posible que todos estos aspectos podrían tener una realidad diferente a la encontrada, si se realizara una labor educativa “sin los apresuramientos acostumbrados” porque hay poco personal de enfermería y la demanda es alta, dado que el momento de la interacción con la madre, es el más valioso para la enfermera.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A. CONCLUSIONES

De la realización del presente proyecto de investigación se extraen las siguientes conclusiones:

- La mayoría de madres encuestadas conocen los síntomas iniciales de la IRA como la presencia de secreciones en las vías aéreas y la aparición del reflejo tusígeno (tos), pero son pocas las madres que reconocen los signos de alarma como el aumento de la frecuencia respiratoria, sibilancias, tiraje subcostales, dolor y supuración de oído; lo que constituye un riesgo a que las madres no busquen ayuda médica oportuna.
- La mayoría de las madres brindan cuidados adecuados frente a la sintomatología de la IRA, como realizar el baño del niño, brindar líquidos tibios en caso de tos, mucosidad y fiebre, realizar la higiene de las fosas nasales de forma adecuada en presencia de secreciones.

- Se ha encontrado que un menor porcentajes de madres realizan ciertos cuidados que generan un riesgo de complicación para el niño enfermo, así pues un 39.8% de las madres realizan la aplicación de sustancias mentoladas en zonas no recomendables, 35.4% de ellas suspenden la alimentación o lactancia de sus niños, así también el 25.6% administran dosis incorrectas de antipiréticos; contribuyendo a un mayor compromiso del estado del niño.

B. LIMITACIONES

- Los resultados obtenidos solo pueden ser generalizables a la población en estudio o a poblaciones con características similares a las estudiadas.

C. RECOMENDACIONES

- Realizar estudios similares en otras poblaciones o aéreas de estudio, a fin de conocer la problemática en torno a la variable de cuidado en el hogar que la madre brinda cuando el niño presenta un episodio de IRA, así como para la comparación con los resultados obtenidos en este proyecto.
- Realizar estudios que indaguen sobre los cuidados que brindan las madres al niño cuando él presente fiebre, así como administración de antipiréticos en cuanto a la dosis, formas de uso, entre otros.

- Realizar otros estudios con un enfoque metodológico diferente en el que puedan considerar otros modelos teóricos de enfermería.
- Promover, planear y ejecutar actividades educativas continuas y permanentes dirigidas fundamentalmente a las madres, enfatizando en el reconocimiento de los signos de alarma y neutralizando aquellos cuidados inadecuados que las madres realizan para tratar a sus niños con IRA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1)** Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2008
- (2)** Dirección General de Salud (Oficina Ejecutiva de Estadística) del Ministerio de Salud del Perú. 2007
- (3)** Ramos Romero, María. “Factores asociados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 3 años de edad en el policlínico Juan José Rodríguez Lazo Es Salud”. 2008
- (4)** Alarcón R. Ángela. “Conocimientos que poseen las madres de niños menores de 5 años sobre el manejo de las infecciones respiratorias agudas, C.S. Nueva Esperanza”. Perú. 2010
- (5)** Gutiérrez Ventura, Liliana. “Creencias de las madres de niños entre 2 y 5 años acerca del tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en el puesto de salud San Antonio – Ate”. 2009
- (6)** Calderón Izaguirre, Karolina. “Nivel de Conocimientos de las madres acerca del asma bronquial en niños preescolares”. UNMSM, 2008. Lima, Perú.
- (7)** Adriana Proaño y Ligia Haro. “Uso de la medicina ancestral por las madres indígenas en niños menores de cinco años frente a infecciones respiratorias agudas en el hospital asdrubal de la torre”. Noviembre 2009 - Agosto 2010. Ibarra – Ecuador.
- (8)** Moreno Rodríguez, Leonor. “Comportamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 5 años de edad, del Consultorio Médico Popular Sector 4 Caña de Azúcar, del Municipio Mario Briceño Iragorry”. 2007

- (9) Saenz de Tejada, Sandra. “Manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en una comunidad Kaqchiquel de Guatemala”. 1997
- (10) Pérez Torres, Juan. “Factores de riesgo en las infecciones respiratorias agudas. La Matica. Guaicaipuro”. 2005.
- (11) Romero, Bernal. “Creencias sobre infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años en dos comunidades indígenas del estado de Oaxaca. Estudio etnográfico. 2000. México.
- (12) Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES). Lima: 2007.
- (13) Ministerio de Salud, ASIS (análisis de la situación de salud) 2001-2003
- (14) Organización Panamericana de la Salud. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Disponible en URL: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/imci-aiepi.htm>
- (15) Ministerio de Salud - Casos de I.R.A. en menores de cinco años según su clasificación anual Lima-Perú – 1998
- (16) UNICEF - INEI, El Estado de la Niñez en el Perú. Lima.2004
- (17) Ministerio de Salud. Doctrina, normas y Procedimientos para el Control de la Infección Respiratoria Aguda, Síndrome Obstructivo Bronquial y Asma; en menores de 5 años. Lima – Perú. 2000.
- (18) Ministerio de Salud. Manual de Sub-programa de Control de Infecciones Respiratorias Agudas (SUBPCIRA). Lima - Perú 2000

- (19) Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES). Lima: 2000.
- (20) Alba Díaz, Martín. Medicina preventiva promocionando la salud entre el discurso y la práctica. Edit. Grobel. Perú. 2005
- (21) Wong, Donna L. Enfermería Pediátrica. Edit: Mosby/Doyma. España. 1995
- (22) Ministerio de salud. "Infección respiratoria aguda y Neumonía". Boletín de vigilancia epidemiológica. (Serial Online). Año 009. No 06. 2005.
- (23) Cipriano Castro y otros. "La niñez, la familia y la comunidad". Organización Panamericana de la salud. Washington. 2004
- (24) Alvelo Pérez, Dania. Consideraciones prácticas para su manejo en la atención primaria de salud. Infecciones respiratorias agudas. (Serial Online). 2010. Disponible en URL: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2108/1/Infecciones-Respiratorias-Agudas.-Consideraciones-Practicas-para-su-manejo-en-la-Atencion-Primaria-de-Salud>
- (25) Organización mundial de la salud. Bases técnicas para las recomendaciones de la OPS/OMS sobre el tratamiento de la neumonía en niños en el primer nivel de atención. Ginebra. 1992
- (26) Organización Panamericana de la Salud. Atención del niño con infección respiratoria aguda. Washington, DC: OPS; 1992. Disponible en URL: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v1n4/0417.pdf>
- (27) Duarte Caro, Sandra. Infección respiratoria aguda. Hablemos de salud. (Serial Online). 2004. Disponible en URL:

<http://www.hospitalcaicedo.gov.co/archivo%20pdf/archivos%20hablamos%20de%20salud/Infeccion%20respiratoria%20aguda.pdf>

- (28)** Ministerio de Salud del Perú. Prevención de las infecciones respiratorias agudas. (Serial Online). Lima. 2001. Disponible en URL:<http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/3631/1/BVCI0002199.pdf>
- (29)** Ministerio de salud del Perú. Tratamiento de niños con tos o dificultad para respirar. Lima. 1995
- (30)** Healt day news, traducido por Tanjo. Relacionan el Vicks vaporub con problemas de respiración infantiles. 2009. Disponible en URL: <http://www.terra.com/salud/articulo/html/sal21079.htm>
- (31)** Abanses, Juan C. Vicks vaporub induces mucin secretion decreases ciliary beat frequency, and increases tracheal mucus transport in the ferret trachea. (Revista Online) en Chest. Disponible en URL: http://www.ciap.org.co/apc-aa-file/INFORME_MEDICINE_TRADICIONAL.pdf
- (32)** Organización Mundial de la Salud Ginebra. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002 – 2005. Disponible en URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf
- (33)** Organización panamericana de la salud. “Investigaciones operativas sobre el control de las infecciones respiratorias agudas en Brasil. Washinton. D.C. 1990
- (34)** Marriner Tomey, Ann. “Modelos y teorías de enfermería”. Edit: Elseiver. Barcelona. 2007
- (35)** MINSA. “Indicadores Básicos de Salud”. 2007. Lima- Perú.

BIBLIOGRAFIA

- Abanses, Juan C. Vicks vaporub induces mucin secretion (ciliary beat frequency, and increases tracheal mucus trasport in the ferret trachea. (Revista Online) en Chest. Disponible en URL: http://www.ciap.org.co/apc-aa-file/INFORME_MEDICINE_TRADICIONAL.pdf
- Alarcon R. Angela. “Conocimientos que poseen las madres de niños menores de 5 años sobre el manejo de las infecciones respiratorias agudas, C.S. Nueva Esperanza”. Perú. 2010
- Alba Díaz, Martin. Medicina preventiva promocionando la salud entre el discurso y la práctica. Edit. Grobel. Perú. 2005
- Alvelo Pérez, Dania. Consideraciones practicas para su manejo en la atención primaria de salud. Infecciones respiratorias agudas. (Serial Online). 2010. Disponible en URL: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2108/1/Infecciones-Respiratorias-Agudas.-Consideraciones-Practicas-para-su-manejo-en-la-Atencion-Primaria-de-Salud>
- Cipriano Castro y otros. “La niñez, la familia y la comunidad”. Organización Panamericana de la salud. Washington. 2004
- Dirección General de Salud (Oficina Ejecutiva de Estadística) del Ministerio de Salud del Peru.2007
- Duarte Caro, Sandra. Infección respiratoria aguda. Hablemos de salud. (Serial Online). 2004. Disponible en URL: <http://www.hospitalcaicedo.gov.co/archivo%20pdf/archivos%20hablemos%20de%20salud/Infeccion%20respiratoria%20aguda.pdf>

- ENDES Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar. Lima. 2000.
- Gutiérrez Ventura, Liliana. “Creencias de las madres de niños entre 2 y 5 años acerca del tratamiento de las infecciones respiratorias agudas en el puesto de salud San Antonio – Ate”. 2009
- Healt day news, traducido por Tanjo. Relacionan el Vicks vaporub con problemas de respiración infantiles. 2009. Disponible en URL: <http://www.terra.com/salud/articulo/html/sal21079.htm>
- Ministerio de Salud, ASIS (análisis de la situación de salud) 2001-2003
- Ministerio de Salud -Subprograma CIRA - Casos de I.R.A. en menores de cinco años según su clasificación anual Lima-Perú – 1998
- Ministerio de Salud. Doctrina, normas y Procedimientos para el Control de la Infección Respiratoria Aguda, Síndrome Obstrutivo Bronquial y Asma; en menores de 5 años. Lima – Perú. 2000.
- Ministerio de Salud. Manual de Sub-programa de Control de Infecciones Respiratorias Agudas (SUBPCIRA). Lima - Perú 2000
- Ministerio de salud. “Infección respiratoria aguda y Neumonía”. Boletín de vigilancia epidemiológica. (Serial Online). Año 009. No 06. 2005.
- Ministerio de Salud del Perú. Prevención de las infecciones respiratorias agudas. (Serial Online). Lima. 2001. Disponible en URL:<http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/3631/1/BVCI0002199.pdf>

- Ministerio de salud del Perú. Tratamiento de niños con tos o dificultad para respirar. Lima. 1995
- MINSA. “Indicadores Básicos de Salud”. 2007. Lima- Perú.
- Moreno Rodríguez, Leonor. “Comportamiento de las Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 5 años de edad, del Consultorio Médico Popular Sector 4 Caña de Azúcar, del Municipio Mario Briceño Iragorry”. 2007
- Organización Mundial de la Salud Ginebra. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002 – 2005. Disponible en URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Bases técnicas para las recomendaciones de la OPS/OMS sobre el tratamiento de la neumonía en niños en el primer nivel de atención. Ginebra. 1992
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2008
- Organización Panamericana de la Salud. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Disponible en URL: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/imci-aiepi.htm>
- Organización Panamericana de la Salud. Atención del niño con infección respiratoria aguda. Washington, DC: OPS; 1992. Disponible en URL: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v1n4/0417.pdf>
- Organización panamericana de la salud. “Investigaciones operativas sobre el control de las infecciones respiratorias agudas en Brasil. Washinton. D.C. 1990
- Pérez Torres, Juan. “Factores de riesgo en las infecciones respiratorias agudas. La Matica. Guaicaipuro”. 2005.

- Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES). Lima: 2000.
- Ramos Romero, María. “Factores asociados a las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 3 años de edad en el policlínico Juan José Rodríguez Lazo Es Salud”. 2008
- Romero, Bernal. “Creencias sobre infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años en dos comunidades indígenas del estado de Oaxaca. Estudio etnográfico. 2000. México.
- Saenz de Tejada, Sandra. “Manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en una comunidad Kaqchiquel de Guatemala”. 1997
- UNICEF - INEI, El Estado de la Niñez en el Perú. Lima.2004
- Wong, Donna L.Enfermería Pediátrica. Edit: Mosby/Doyma. España. 1995

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

N°		
A.	Operacionalización de la variable.....	I
B.	Instrumento de recolección de datos.....	III
C.	Fórmula para la determinación de la muestra.....	VIII
D.	Tabla de concordancia - Prueba binomial.....	IX
E.	Determinación de la confiabilidad del instrumento.....	X
F.	Gráfico N° 9..... Edad de las madres de los niños menores de 5 años en el C.M.I. J.C. Mariátegui Noviembre – Diciembre Lima - Perú 2011	XI
G.	Gráfico N° 10..... Número de hijos de las madres de niños menores de 5 años en el C.M.I. J.C. Mariátegui Noviembre – Diciembre Lima - Perú 2011	XII
H.	Gráfico N° 11..... Procedencia de las madres de niños menores de 5 años en el C.M.I. J.C. Mariátegui Noviembre – Diciembre Lima - Perú 2011	XIII
I.	Gráfico N° 12..... Grado de instrucción de las madres de niños menores de 5 años en el C.M.I. J.C. Mariátegui Noviembre – Diciembre Lima - Perú 2011	XIV

J.	Tabla N° 3.....	XV
	Edad y sexo de los niños menores de 5 años en el C.M.I. J.C. Mariátegui Noviembre – Diciembre Lima - Perú 2011	
K.	Grafico N° 13.....	XVI
	Conocimientos de las madres acerca del tipo de tos que presenta su niño con IRA en el C.M.I. J.C. Mariátegui Noviembre – Diciembre Lima - Perú 2011	
L.	Gráfico N° 14.....	XVII
	Cuidados que brindan en el hogar las madres Cuando el niño presenta dolor de garganta en el C.M.I. J.C. Mariátegui Noviembre – Diciembre Lima - Perú 2011	
LL.	Gráfico N° 15.....	XVIII
	Conocimientos de las madres acerca de la identificación de signos de dolor de oído en su niño con IRA en el C.M.I. J.C. Mariátegui Noviembre – Diciembre Lima - Perú 2011	
M.	Gráfico N° 16.....	XIX
	Cuidados que brindarían en el hogar las madres cuando el niño presentase pus por el oído en el C.M.I. J.C. Mariátegui Noviembre – Diciembre Lima - Perú 2011	
N.	Gráfico N° 17.....	XX
	Conocimientos de las madres acerca de la identificación de signos de decaimiento en su niño con IRA en el C.M.I. J.C. Mariátegui Noviembre – Diciembre Lima - Perú 2011	

O.	Gráfico N° 18.....	XXI
	Conocimientos de las madres acerca de la identificación de signos de dificultad respiratoria en su niño con IRA en el C.M.I. J.C. Mariátegui Noviembre – Diciembre Lima - Perú 2011	
P.	Gráfico N° 19.....	XXII
	Frecuencia del baño del niño menor de 5 años con IRA en el C.M.I. J.C. Mariátegui Noviembre – Diciembre Lima - Perú 2011	

ANEXO A
OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE: conocimientos y cuidados en el hogar que brindan las madres de niños menores de 5 años con infección respiratoria aguda.

Definición conceptual de la variable	Dimensiones	Indicadores	Valor final	Técnica y procedimiento de medición
Esta referida a la información que posee la madre producto de su experiencia personal o de terceros acerca de cuáles con los signos y síntomas, y formas de cómo aliviar las molestias del niño con infección respiratoria aguda.	Conocimientos que tienen las madres acerca de los signos y síntomas de la infección respiratoria aguda.	<ul style="list-style-type: none"> - Tos con / sin expectoración - Dolor de garganta - Secreción nasal - Fiebre temperatura >37.5°C - Respiración rápida - Dolor en oído y/o secreción purulenta - Decaimiento - Cianosis - Falta de apetito 	<p style="text-align: center;">Conoce</p> <p style="text-align: center;">No conoce</p>	Entrevista – encuesta

	Conocimientos sobre los cuidados que las madres brindan en el hogar al niño con infección respiratoria aguda.	Acciones que realiza la madre en caso de: <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre - Tos con flema - Dolor de garganta - Dolor de oído - Flema en fosas nasales - Resistencia a consumir alimentos o falta de apetito - Vómito - Decaimiento 	Conocimiento correcto Conocimiento incorrecto	
--	---	---	--	--

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE: Es el conjunto de información que la madre tiene acerca de los signos y síntomas de la infección respiratoria aguda y los cuidados que pone en práctica en el hogar para disminuir las molestias que presenta el niño menor de cinco años de edad, valoradas como conocimiento correctos o conocimientos incorrectos, recogidos a través de la entrevista encuesta.

ANEXO B

INSTRUMENTO ENTREVISTA - ENCUESTA

Introducción:

Sra. buenos días, soy la Srta. María Isabel Rodríguez, estudiante de enfermería de la UNMSM, en este momento me encuentro trabajando en coordinación con la enfermera encargada de la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo del C.M.I. J.C. Mariátegui, con el objetivo de obtener información para un proyecto de investigación acerca de que es lo que conoce y realiza Ud. Cuando su niño presenta tos, fiebre, dolor de garganta, entre otros; razón por lo cual le pido que responda con sinceridad y precisión las siguientes preguntas de la encuesta.

A. Datos generales en relación a la madre

- a) ¿Cuál es su edad? 15 – 19 ()
20 – 35 ()
36 – 45 ()
46 a más ()
- b) ¿Cuántos hijos tiene? _____
- c) ¿Dónde ha nacido Ud.? Costa ()
Sierra ()
Selva ()
- d) ¿Cuántos años vive en Lima? _____
- e) ¿Hasta qué año estudio?
- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| Analfabeta () | Secundaria incompleta () |
| Primaria incompleta () | Secundaria completa () |
| Primaria completa () | Superior () |
- f) ¿A qué se dedica Ud.? _____

B. Datos generales en relación al niño:

- a) ¿Qué edad tiene su niño? 1 – 6 meses ()
7 – 12 meses ()
13 – 24 meses ()
2 años a más ()
- b) Sexo: F () M ()
- c) ¿Cuántas veces enfermó su niño de la gripe, resfrió, o tos en este año? _____

C. Datos relacionados a los conocimientos y cuidados en el hogar

1. ¿Qué molestias reconoce Ud. cuando su niño está mal de los bronquios?
 - a) Tiene tos ()
 - b) Tiene fiebre ()
 - c) Tiene flema ()
 - d) Tiene dolor de garganta ()
 - e) Tiene dificultad para respirar ()
 - f) Otros () _____
 - g) No conoce ()

1.a. ¿Cuál es la molestia que identifica primero? _____
2. ¿Qué tipo de tos ha tenido su niño?
 - a) Tos seca ()
 - b) Tos con flema ()
 - c) Tos con silbido ()
 - d) Otro () _____
 - e) No conoce ()
3. ¿Qué hace Ud. cuando su niño tiene tos?
 - a) Le doy jarabes y/o antibióticos()cuáles _____
 - b) Le froto el pecho ()qué utiliza _____
 - c) Le doy infusiones de hierbas ()cuáles _____
 - d) Lo abrigo ()
 - e) Otros () _____
4. ¿Qué hace Ud. cuando su niño tiene tos con flema?
 - a) Le doy jarabes y/o antibióticos()cuáles _____
 - b) Le froto el pecho ()qué utiliza _____
 - c) Le doy infusiones de hierbas ()cuáles _____
 - d) Lo llevo al C.S. u hospital ()
 - e) Otros () _____
5. ¿Cómo se da cuenta Ud. que al niño le duele la garganta?
 - a) Me señala la garganta ()
 - b) Le molesta al pasar la saliva / alimento ()
 - c) Al examinar la boca ()
 - d) Otros () _____
 - e) No conoce ()

6. ¿Qué hace Ud. para aliviar el dolor de garganta?
- a) Le doy jarabes () cuáles _____
 - b) Le hago frotaciones () qué utiliza _____
 - c) Le doy infusiones de hierbas () cuáles _____
 - d) Le doy pastillas () cuales _____
 - e) Otros () _____
-
7. ¿Cuándo su niño esta resfriado, que observa en su nariz?
- a) Mucosidad ()
 - b) Otros () _____
 - c) No conoce ()
8. ¿Qué hace Ud. para disminuir la mucosidad?
- a) Le coloco gotas () indicar _____
 - b) Le froto el pecho () qué utiliza _____
 - c) Le hago inhalar vapores () con qué _____
 - d) Limpio la nariz () con qué _____
 - e) Otros () _____
-
9. ¿Cómo se da cuenta Ud. que su niño tiene fiebre?
- a) Cuando su piel está caliente ()
 - b) Sus mejillas están coloradas ()
 - c) Al colocarle el termómetro ()
 - d) Otros () _____
 - e) No conoce ()
10. ¿Qué hace Ud. para disminuir la fiebre?
- a) Le doy pastillas () cuáles _____
 - b) Le aligero la ropa ()
 - c) Aplico pañitos con agua tibia ()
 - d) Controlo la temperatura ()
 - e) Aumento la ingesta de líquidos ()
 - f) Otros () _____
-
11. ¿Cómo se da cuenta Ud. que el niño tiene dolor de oído?
- a) Me señala la oreja ()
 - b) Al examinar su oreja ()
 - c) No puede escuchar bien ()
 - d) Otros () _____
 - e) No conoce ()

12. ¿Qué hace Ud. cuando su niño tiene dolor de oído?

- a) Le aplico gotas ()cuales_____
- b) Limpio sus oídos ()qué utiliza_____
- c) Le coloco hierbas ()cuáles_____
- d) Le doy pastillas ()cuáles_____
- e) Otros ()_____

13. ¿Cuándo su niño esta resfriado, Ud. ha observado en su oído?

- a) Liquido claro ()
- b) Liquido purulento ()
- c) Ningún de los anteriores ()
- d) Otro ()_____
- e) No conoce ()

14. ¿Qué hace cuando su niño le sale líquido o materia por el oído?

- a) Le limpio ()qué utiliza_____
- b) Le aplico gotas ()cuáles_____
- c) Le doy pastillas ()cuáles_____
- d) Acudo al C.S. u hospital ()
- e) Otros ()_____

15. ¿Cómo se da cuenta Ud. que su niño se encuentra decaído?

- a) No quiere lactar / comer ()
- b) No juega ()
- c) Prefiere estar acostado ()
- d) Otros ()_____
- e) No conoce ()

16. ¿Cómo se da cuenta Ud. que su niño no puede respirar bien o se ahoga?

- a) Se pone morado ()
- b) Las uñas de sus dedos cambian de color ()
- c) Se le hunde el pecho ()
- d) Respira rápido ()
- e) Otros ()_____
- f) No conoce ()

17. ¿Qué hace Ud. cuando el niño no puede respirar bien o se ahoga?

- a) Le doy aire en ese momento ()con que_____
- b) Le doy masajes en su espaldita ()
- c) Levanto su/sus manos ()
- d) Limpio su nariz ()que utiliza_____

- e) Acudo inmediatamente al C.S. u hospital ()
f) Otros () _____

18. ¿Qué hace Ud. cuando su niño no quiere lactar / comer?

- a) No le insisto ()
b) Le insisto a que coma todo / lacte ()
c) Le doy solo un poco de comida ()
d) Le doy poca comida pero más seguido ()
e) Otros () _____

19. ¿Qué hace Ud. cuando su niño al estar resfriado, vomita?

- a) Lo llevo al centro de salud ()
b) No le doy de comer / lactar ()
c) Le hago oler algodón con alcohol ()
d) Otros () _____
e) No conoce ()

20. ¿Ud. baña al niño cuando él se encuentra resfriado?

- a) Si
b) No

20 .1. ¿Por qué? _____

21. ¿Cuántas veces a la semana baña al niño cuando esta resfriado?

- a) 1 – 2 veces
b) 3 – 4 veces
c) 5 – 6 veces
d) Todos los días

Despedida: Sra. muchas gracias por su colaboración.

ANEXO C

FÓRMULA PARA LA DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q \cdot N}{Ne^2 + Z^2 p \cdot q}$$

Donde

n = tamaño de la muestra

e = error de estimación 10% = 0.10

Z = 1.65 para el 90% de confiabilidad y 10% error.

N = universo 305

p = 0.50

q = 0.50

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.65)^2 (0.5) (1 - 0.5) (305)}{(305) (0.10)^2 + (1.65)^2 (0.5) (1-0.5)}$$

$$n = \frac{(2.7225) (0.50) (0.50) (305)}{(305) (0.01) + (2.7225) (0.50) (0.50)}$$

$$n = \frac{207.5906}{3.7306}$$

$$n = 56$$

ANEXO D

TABLA DE CONCORDANCIA – PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	N° DE JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1.	1	1	0	1	1	1	1	1	0,035
2.	1	1	0	1	1	1	1	1	0,035
3.	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
4.	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
5.	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
6.	0	1	0	1	1	1	1	1	0.145(*)
7.	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004

* En esta pregunta se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración del instrumento final.

Favorable = 1

Desfavorable = 0

p= 0.033

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa.

ANEXO E

DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

ALFA de Crombach

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1} \right] \cdot \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

Donde:

α : Coeficiente de confiabilidad Alfa de Crombach

K: Número de Ítems

S_i^2 : Varianza de cada ítems

S_t^2 : varianza total

Obteniéndose los siguientes resultados:

$$\alpha = \frac{21}{20} \left[1 - \frac{2.84}{24.16} \right]$$

$$\alpha = 1.05 (1 - 0.12)$$

$$\alpha = 1.05 (0.88)$$

$$\alpha = 0.92$$

$$\alpha > 0.50 \text{ significativo}$$

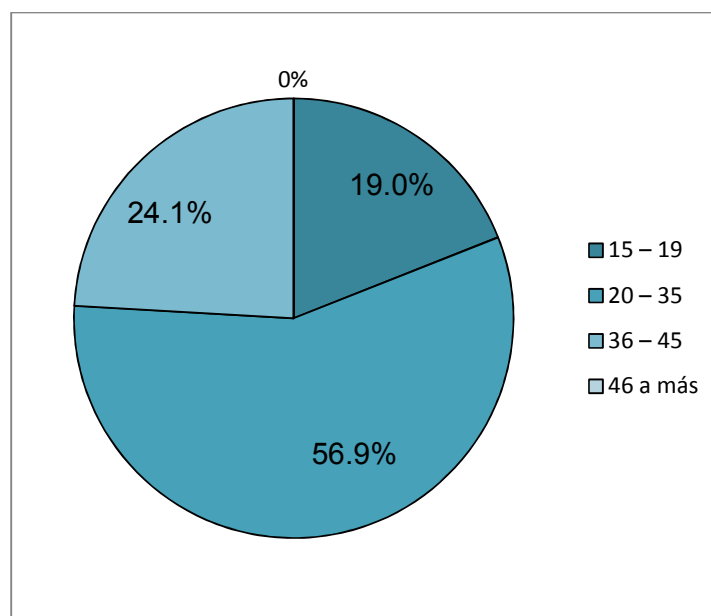
Este valor nos indica que el instrumento tiene una confiabilidad de 90%.

Además todo valor α superior a 0.5 indica que el instrumento utilizado es confiable y fuertemente consistente.

ANEXO F

GRAFICO N° 9

**EDAD DE LAS MADRES DE LOS NIÑOS MENORES
DE 5 AÑOS EN EL C.M.I. J.C.MARIATEGUI
NOVIEMBRE - DICIEMBRE
LIMA - PERÚ 2011**

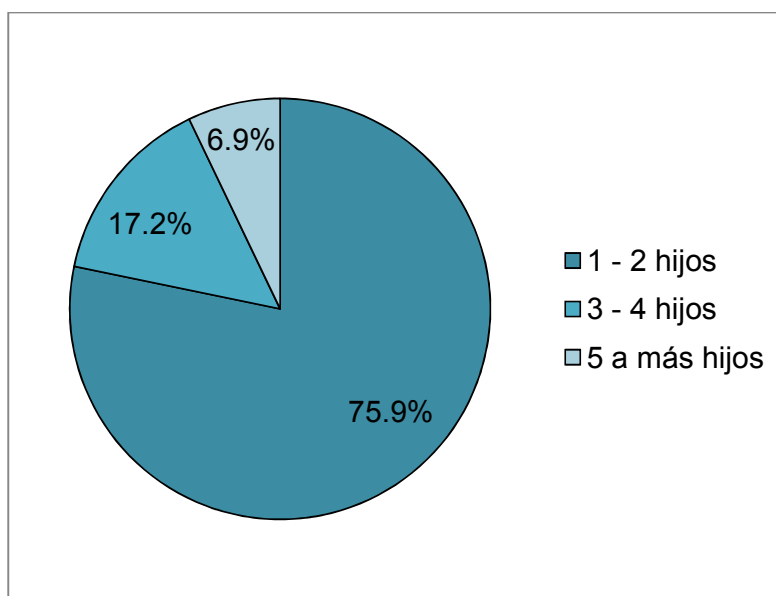


*Fuente: Encuesta realizada por el investigador en el C.M.I. J.C. Mariátegui.
Noviembre – Diciembre. 2011*

ANEXO G

GRAFICO N° 10

**NÚMERO DE HIJOS DE LAS MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS EN EL C.M.I. J.C.MARIATEGUI
NOVIEMBRE - DICIEMBRE
LIMA - PERÚ 2011**

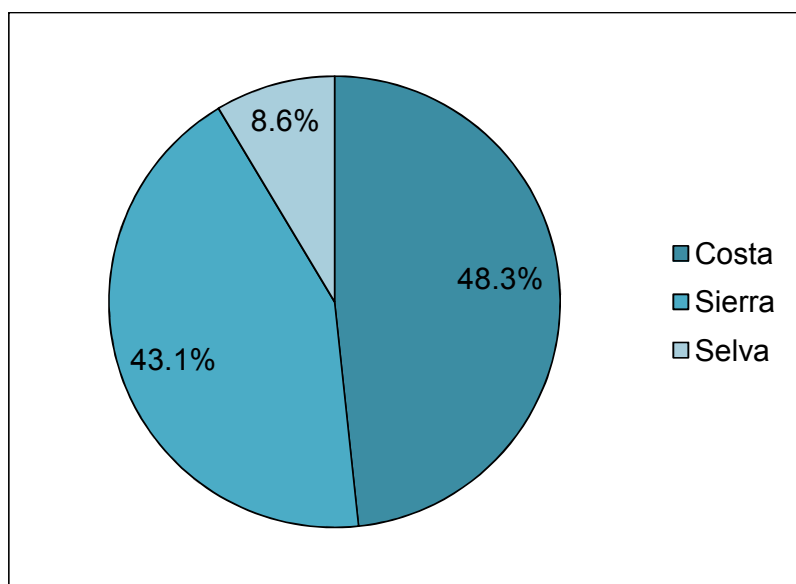


*Fuente: Encuesta realizada por el investigador en el C.M.I. J.C. Mariátegui.
Noviembre – Diciembre. 2011*

ANEXO H

GRAFICO N° 11

**PROCEDENCIA DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES
DE 5 AÑOS EN EL C.M.I. J.C.MARIATEGUI
NOVIEMBRE - DICIEMBRE
LIMA - PERÚ 2011**

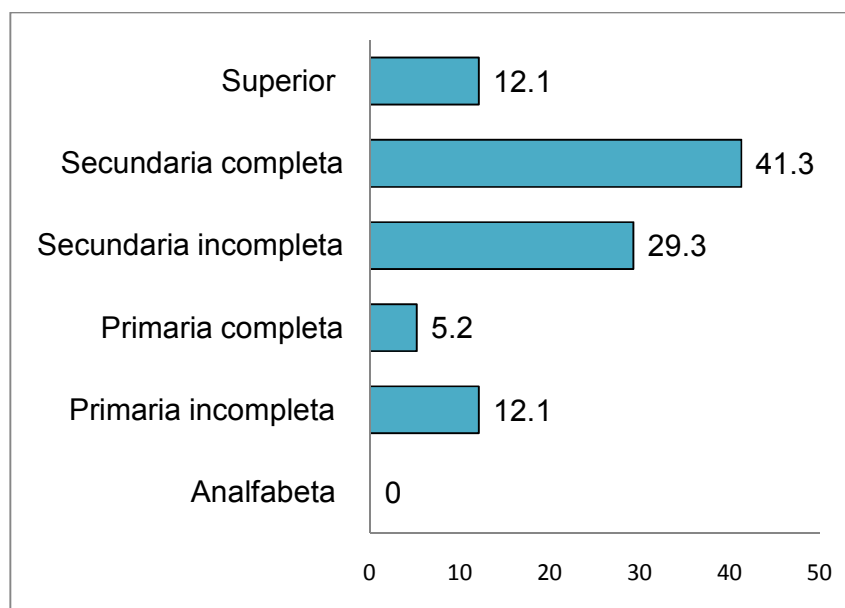


*Fuente: Encuesta realizada por el investigador en el C.M.I. J.C. Mariátegui.
Noviembre – Diciembre. 2011*

ANEXO I

GRAFICO N° 12

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS EN EL C.M.I. J.C.MARIATEGUI
NOVIEMBRE - DICIEMBRE
LIMA - PERÚ 2011**



*Fuente: Encuesta realizada por el investigador en el C.M.I. J.C. Mariátegui.
Noviembre – Diciembre. 2011*

ANEXO J

TABLA N° 3

**EDAD Y SEXO DE LOS NIÑOS MENORES DE
5 AÑOS EN EL C.M.I. J.C.MARIATEGUI
NOVIEMBRE - DICIEMBRE
LIMA - PERÚ 2011**

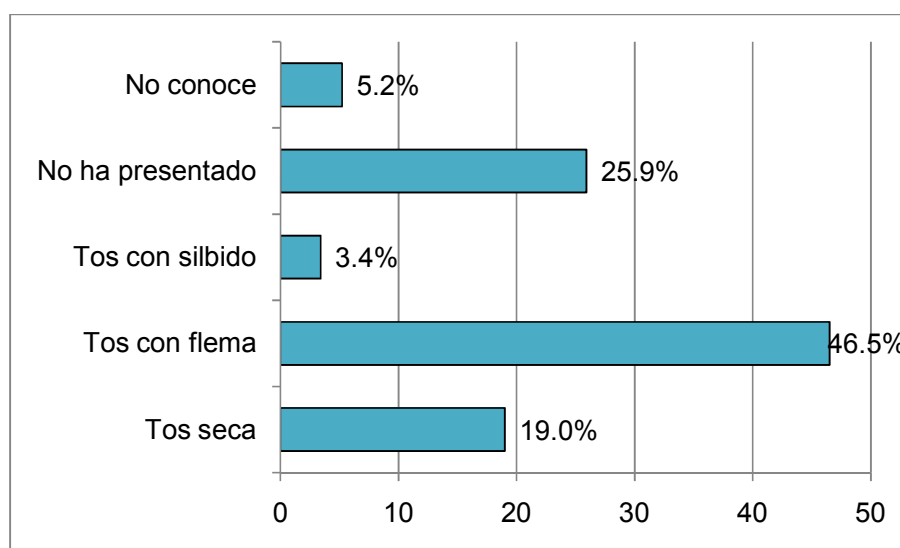
EDAD DEL NIÑO	SEXO DEL NIÑO				TOTAL	
	Masculino		Femenino			
	N	%	N	%	N	%
1 – 6 meses	11	19.0	17	29.3	28	48.3
7 – 12 meses	6	10.4	10	17.2	16	27.6
13 – 24 meses	7	12.0	3	5.2	10	17.2
25 – 60 meses	1	1.7	3	5.2	4	6.9
TOTAL	25	43.1	33	56.9	58	100.0

*Fuente: Encuesta realizada por el investigador en el C.M.I. J.C. Mariátegui.
Noviembre – Diciembre. 2011*

ANEXO K

GRAFICO N° 13

**CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES ACERCA DEL
TIPO DE TOS QUE PRESENTA SU NIÑO CON
IRA EN EL C.M.I. J.C.MARIATEGUI
NOVIEMBRE - DICIEMBRE
LIMA - PERÚ 2011**

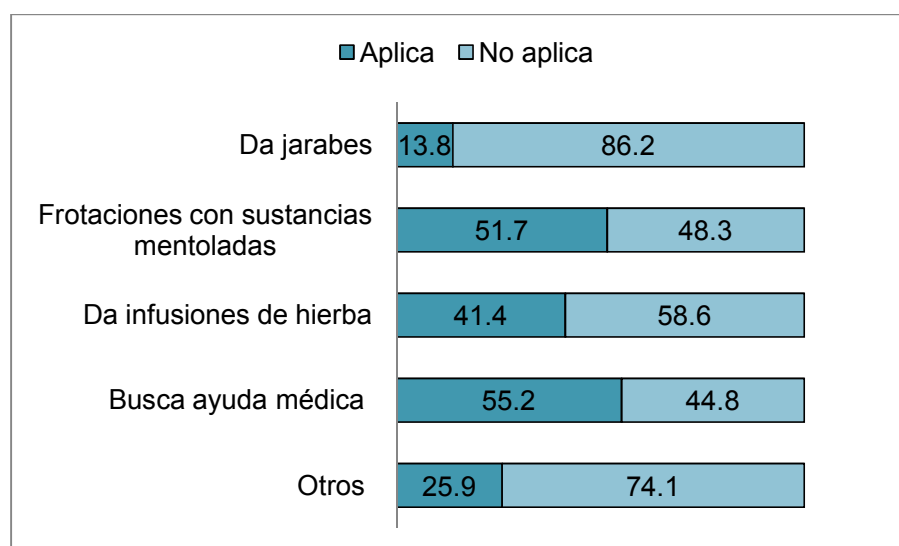


*Fuente: Encuesta realizada por el investigador en el C.M.I. J.C. Mariátegui.
Noviembre – Diciembre. 2011*

ANEXO L

GRAFICO N° 14

**CUIDADOS QUE BRINDAN EN EL HOGAR LAS MADRES
CUANDO EL NIÑO PRESENTA DOLOR DE
GARGANTA EN EL C.M.I. J.C.MARIATEGUI
NOVIEMBRE - DICIEMBRE
LIMA - PERÚ 2011**

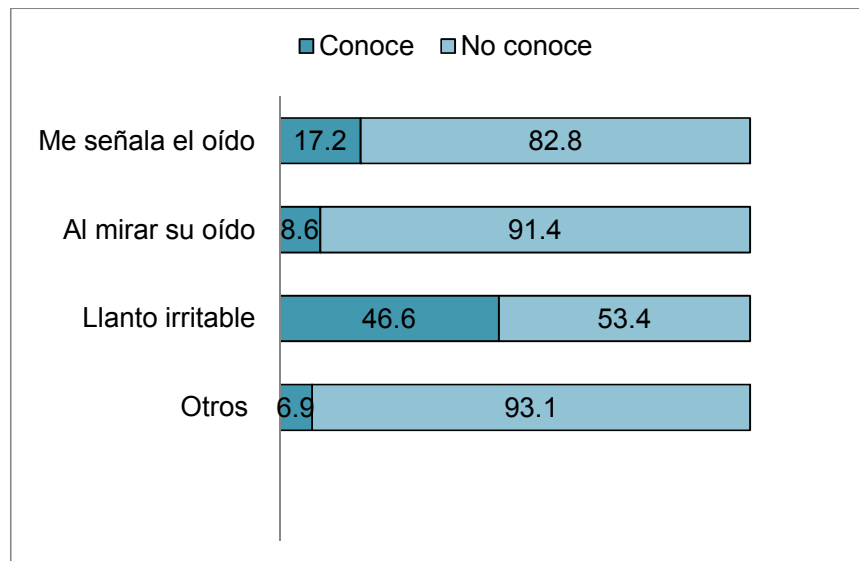


*Fuente: Encuesta realizada por el investigador en el C.M.I. J.C. Mariátegui.
Noviembre – Diciembre. 2011*

ANEXO LL

GRAFICO N° 15

**CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES ACERCA DE LA
IDENTIFICACION DE SIGNOS DE DOLOR DE
OIDO EN SU NIÑO CON IRA EN EL
C.M.I. J.C.MARIATEGUI
NOVIEMBRE - DICIEMBRE
LIMA - PERÚ 2011**

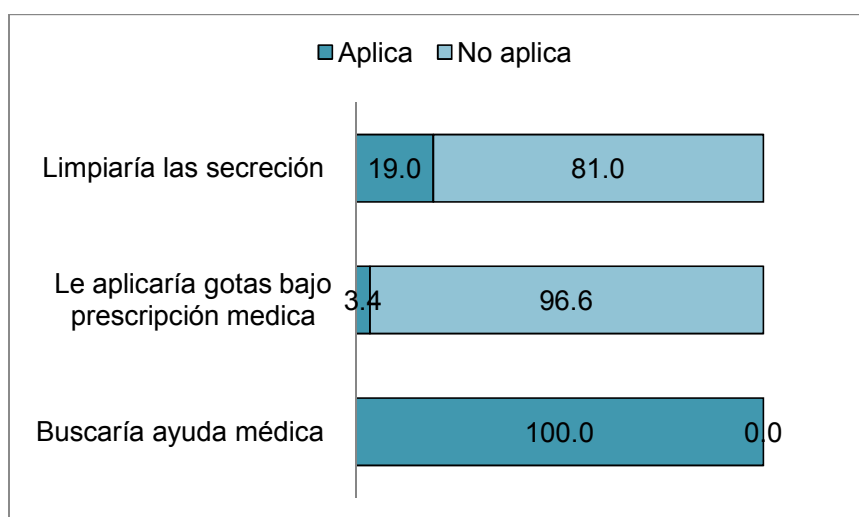


*Fuente: Encuesta realizada por el investigador en el C.M.I. J.C. Mariátegui.
Noviembre – Diciembre. 2011*

ANEXO M

GRAFICO N° 16

**CUIDADOS QUE BRINDARIAN EN EL HOGAR LAS MADRES
CUANDO EL NIÑO PRESENTASE PUS POR EL
OÍDO EN EL C.M.I. J.C.MARIATEGUI
NOVIEMBRE - DICIEMBRE
LIMA - PERÚ 2011**

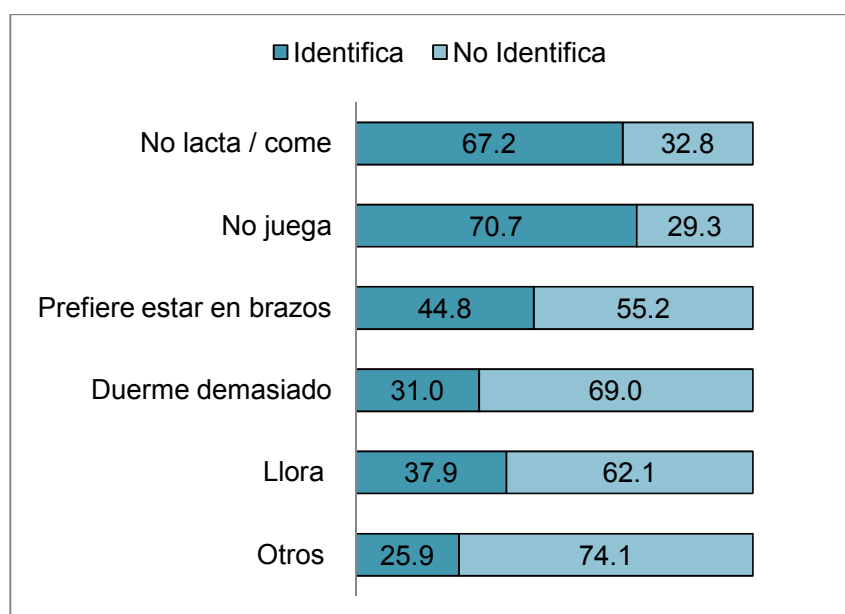


*Fuente: Encuesta realizada por el investigador en el C.M.I. J.C. Mariátegui.
Noviembre – Diciembre. 2011*

ANEXO N

GRAFICO N° 17

**CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES ACERCA DE LA
IDENTIFICACION DE SIGNOS DE DECAIMIENTO EN
SU NIÑO CON IRA EN EL C.M.I. J.C.MARIATEGUI
NOVIEMBRE - DICIEMBRE
LIMA - PERÚ 2011**

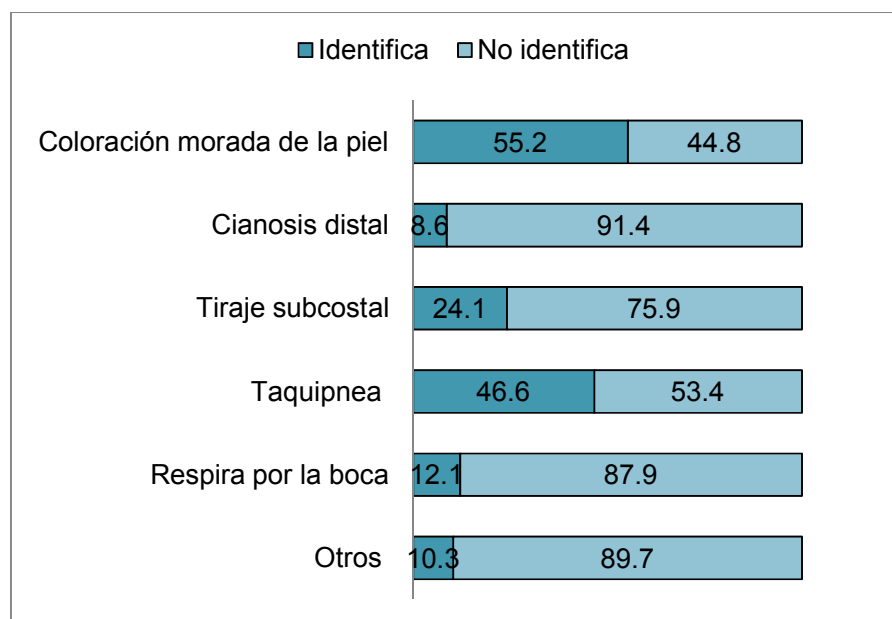


*Fuente: Encuesta realizada por el investigador en el C.M.I. J.C. Mariátegui.
Noviembre – Diciembre. 2011*

ANEXO O

GRAFICO N° 18

**CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES ACERCA DE LA
IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE DIFICULTAD
RESPIRATORIA EN SU NIÑO CON IRA
EN EL C.M.I. J.C.MARIATEGUI
NOVIEMBRE - DICIEMBRE
LIMA - PERÚ 2011**

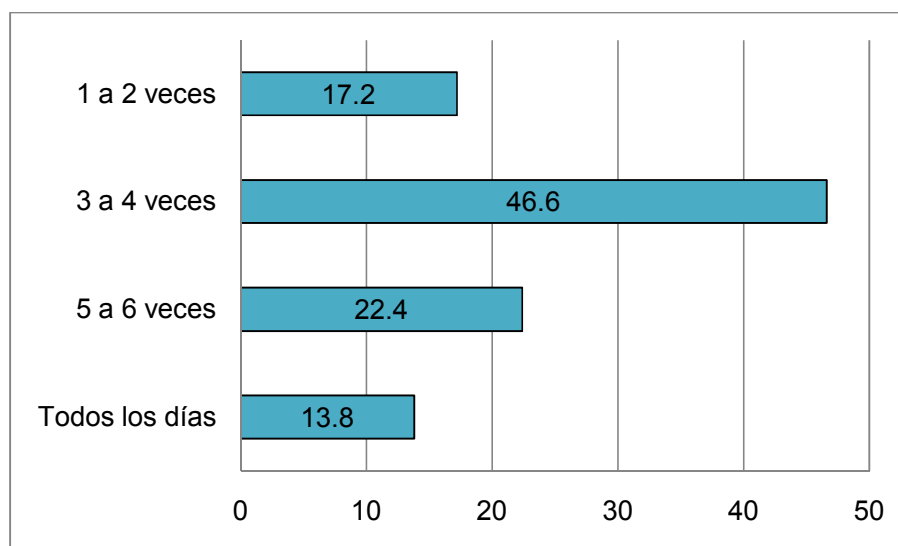


*Fuente: Encuesta realizada por el investigador en el C.M.I. J.C. Mariátegui.
Noviembre – Diciembre. 2011*

ANEXO P

GRAFICO N° 19

**FRECUENCIA DEL BAÑO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS
CON IRA EN EL C.M.I. J.C.MARIATEGUI
NOVIEMBRE - DICIEMBRE
LIMA - PERÚ 2011**



*Fuente: Encuesta realizada por el investigador en el C.M.I. J.C. Mariátegui.
Noviembre – Diciembre. 2011*